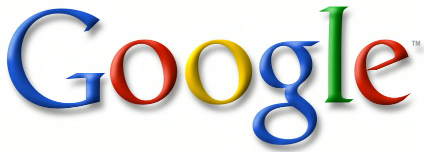


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

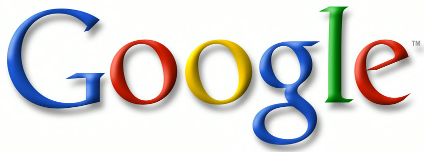
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

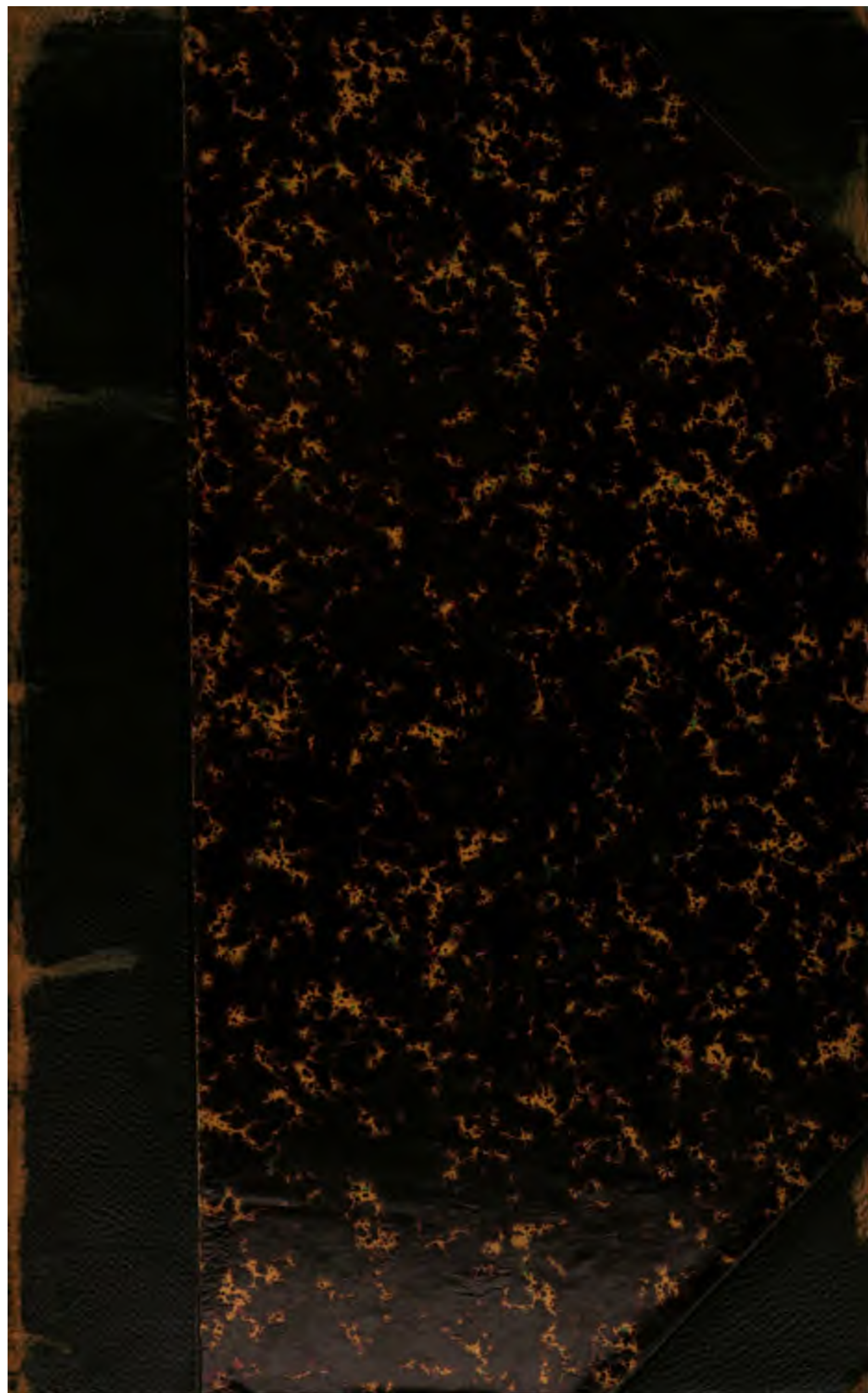
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`





ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

TOME V

1901

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Médecine et Chirurgie infantiles paraissent le 1er et le 15 de chaque mois, par fascicules de 48 pages in-8°, contenant de nombreuses figures dans le texte et formant chaque année un élégant volume in-8° de 1000 pages environ.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris et départements. . . . . **10** fr.
Etranger. . . . . **12** fr.

On s'abonne à Paris, 71, avenue d'Antin, aux Bureaux des *Annales*, et chez tous les libraires de la France et de l'Etranger.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le docteur Périer, directeur de la publication, aux bureaux de la *Revue*.

LES ANNÉES 1897 et 1899 SONT ÉPUISÉES

Les années 1898, 1900 et 1901 sont en vente au prix de **10** francs. (*Franco* par la poste à domicile. — Pour l'étranger, **12** francs.)

Le numéro **0,60**

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGII

INFANTILES

REVUE PRATIQUE INTERNATIONALE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

Du Docteur E. PÉRIER

RÉDACTEUR EN CHEF

AVEC LA COLLABORATION DE MM. LES DOCTEURS

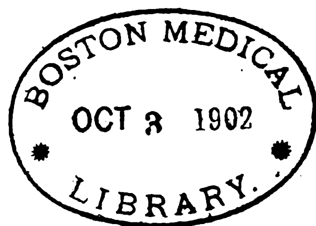
Alexandrow, prof., direct. et chir en chef de l'Hôpital des Enfants Ste-Olga (Moscou).
Alexeiew, méd. de l'Hôp. Ste-Olga (Moscou).
Alvarez, méd. de l'hosp. des Enf. tr. (Madrid)
Antonelli, agrégé de l'Univ. de Naples (Paris).
W. Arbuthnot Lane. M. S. Surgeon Guy's Hospit. and Hospit. for sick Children (Londres).
d'Astros, médecin des Hôpitaux, chargé du cours de clinique infantile (Marseille).
Ausset, prof agrégé, méd. des Hôpit. (Lille)
Baginsky, prof. de pédiatrie à l'Université, directeur de l'Hôpital des Enfants, etc. (Berlin)
Barbier, médecin des Hôpitaux (Paris).
Baumel, professeur de clinique infantile à la Faculté (Montpellier).
Bayeux, ancien interne des Hôpitaux (Paris).
Bézy, médecin des Hôpitaux, chargé du cours de clinique infantile à la Faculté (Toulouse).
Biedert, profes. med. hop. (Haguenau).
Bokay, prof. à l'Université, médecin en chef de l'Hôpital d'enfants Stéphanie (Buda-Pest).
Brocq, médecin de l'Hôpital Broca (Paris).
Pierre Budin, profess. de clinique obstétricale à la Faculté, membre de l'Acad. etc. (Paris).
Carron de la Carrière, ancien chef de clinique adjoint à la faculté (Paris).
Combe, profes. extraordinaire à l'Univ., direct. du serv. des enfants à l'hôp. (Lausanne).
Luigi Concetti, professeur à l'Université, médecin de l'Hôpital del'Enfant-Jésus (Rome).
Coudray, ancien chef de clinique chirurgicale, adjoint à l'Université (Paris).
Cuvillier, chargé de cours compl^es à la poli-clinique du professeur Grancher (Paris).
Déjerine, prof., méd. de la Salpêt. (Paris).
Descroizilles, méd. hon. l'Hôp. des Enf. (Paris)
Escherich, professeur de clinique infantile à l'Université (Graz).
D'Espine, professeur à l'Université (Genève)
Francesco Fede, directeur de la clinique de pédiatrie de l'Université royale (Naples).
Filatow, prof. de pédiatrie à l'Univ., (Moscou).
Fournier. prof. méd. des Hôp. (Paris).
Galatti, anc. assistant de pédiatrie (Vienne).
Gaucher, prof agr. méd. des Hôp. (Paris).
Grancher, profess. de clinique médica infantile; méd. de l Hôp. des Enfants, etc. (Pari
Guida, réd. en chef de *la Pediatria* (Naple
Haushalter, professeur agrégé, chargé d cours des maladies des Enfants (Nancy).
d'Heilly, méd. de l'Hôp. des Enfants (Pari
Hellstrom, médecin en chef de l'Hôpital d maladies infectieuses (Stockholm).
Heubner, prof. à l'Univ., direct. du servi des Enfants à l'Hôpital de la Charité (Berlin
Hutinel, professeur à l'Université, médec de l'Hôpital des Enfants Assistés (Paris).
Jablocow, médecin en chef de l'Hôpital d Enfants Ste-Sophie (Moscou).
Jalaguier, prof chir. hôp (Paris).
Johannessen, prof. à l'Univ. (Christiania
Justin Lemaître, prof. à l'Ecole de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (Limoges).
Ch. Leroux. médecin en chef du Dispensai et de la crèche Furtado-Heine (Paris).
Marfan, profes. agrégé, méd. des Hôp. (Pari
Martin, médecin de la Maison des Enfant Malades (Genève).
Massei, prof. à l'Université (Naples).
Moizard, méd. à l'Hôp. des Enfants (Pari
Ch. Mongour, agr. méd. des hôp. (Bordeau
Monti, professeur de pédiatrie à l'Universit médecin de l'Hôpital des Enfants (Vienne).
Panas, prof., chir. de l'Hôtel-Dieu (Paris).
Papapanagiotou, prof. agr. (Athènes).
Ranke, prof. de pédiatrie à l'Université, mé en chef de l'Hôpital des Enfants (Munich
Redard, chirurgien en chef du Dispensai Furtado-Heine (Paris).
H Richardière, méd. Hôp. Trousseau (Pari
Saint-Philippe, professeur agrégé, m decin de l'Hôpital des Enfants (Bordeaux).
O Soltmann, prof. à l'Univ., direc. de la clin que et du nouvel Hôpital des Enfants (Leipzi
Troitzky, privat-docent à l'Univ. (Kiew
Vargas, prof. de pédiatrie (Barcelone).
Villemin, Chirurgien des Hôpitaux (Paris)
Violi, méd. en chef, direct. de l'Hôp. St-Georges pour Enfants malades (Constantinople
Weill, professeur méd. des hôpit. (Lyon).
Et de nombreux praticiens, chefs de clinique et internes des Hôpitaux.

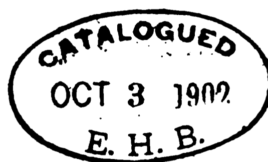
PARIS

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 71, AVENUE D'ANTIN

TÉLÉPHONE : 522-15

1901


BOSTON MEDICAL
OCT 3 1902
LIBRARY.


CATALOGUED
OCT 3 1902
E. H. B.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE INFANTILES

6639 BOSTON MEDICAL LIBRARY OCT 3 1902

CLINIQUE

L'ALCOOLISME CHEZ L'ENFANT,

par le Dr DELOBEL,

Médecin inspecteur des Enfants du premier âge.

L'alcoolisme chez l'enfant est malheureusement plus fréquent qu'on ne le croit, et si l'on peut vraiment dire que l'on boit dans toutes les classes de la société, il est malheureusement aussi certain que l'on boit à tout âge.

Sciemment ou non, certaines familles font de leurs enfants des alcooliques, et, parfois même, elles poussent l'impudeur jusqu'à vanter l'enfant qui boit comme « un petit homme ». Elles ne se doutent guère (et quelquefois s'en soucient bien peu) que ce « petit homme » est un futur alcoolique, pourvu qu'il puisse vivre.

L'alcoolisme infantile se produit de différentes manières : il est inconscient de la part de l'enfant du premier âge et de la part de la mère ; c'est alors l'alcoolisme par l'allaitement ; ou bien encore, il est inconscient chez l'enfant et dû à l'ignorance de la mère ou de la nourrice ; il est parfois criminel de la part des parents tout en étant inconscient chez l'enfant ; enfin, il devient volontaire chez l'enfant du second âge dont les parents ont développé le goût pour les boissons alcooliques.

L'alcoolisme par l'allaitement.

L'alcool produit des convulsions chez l'enfant nourri au sein, si la nourrice boit d'une façon démesurée. Sous le fallacieux prétexte que la bière augmente la sécrétion lactée et que le vin donne des forces, il est nombre de mères, même de femmes du monde, qui boivent sans croire mal faire et dans l'intention de ne pas s'affaiblir : elles agissent inconsciemment ou plutôt par ignorance. L'enfant qu'elles allaitent en subit les conséquences.

On ne rapporte pas assez souvent les accidents nerveux que l'enfant présente à leur véritable cause, c'est-à-dire au passage possible dans le lait de la nourrice d'une petite quantité de l'alcool pris en excès, et l'attention n'est réveillée que si des symptômes inquiétants, comme les convulsions, se manifestent. Alors encore, on invoquera la dentition, une émotion quelconque, une

des nombreuses causes habituelles de l'éclampsie. Il n'est pas toujours aisé de reconnaître l'origine de l'éclampsie ; le médecin se voit obligé de faire surveiller la nourrice ou de confesser la mère qui allaite. On devine les difficultés de cette enquête lorsqu'il s'agit d'une femme du monde. Cependant les faits d'alcoolisme par l'allaitement ne sont pas rares.

« L'usage de l'alcool et des boissons fermentées communique au lait une action stupéfiante » (ROUVIER). Le nourrisson est tantôt plongé dans un sommeil profond et continuel, tantôt au contraire il est agité. CHARPENTIER a observé des convulsions chez un enfant de cinq semaines, il a reconnu qu'elles étaient dues à ce que la nourrice buvait quatre bouteilles de vin par jour. TOULOUSE a rapporté un cas semblable, et des faits analogues ont été observés par VERNAY et BAUMÈS, MOREL, FERRAND, VIDAL, DESCROIZILLES, LANCEREAUX. Bien que les recherches physiologiques n'aient point encore permis de découvrir l'alcool dans le lait, les faits cliniques existent certains et convaincants pour démontrer que « les nourrissons des femmes qui abusent des liqueurs spiritueuses présentent des troubles identiques à ceux de l'alcoolisme » (MARFAN). COMBE (de Lausanne), DEMME (de Berne) ont relaté des observations d'alcoolisme infantile dû à l'allaitement. VALLIER a cité un cas analogue à l'Académie de Médecine en 1891. MEUNIER a publié l'observation de convulsions chez un nouveau-né provoquées par l'alcoolisme de la nourrice abusant du vin pur et du café. Le professeur BUDIN et PERIER ont observé des convulsions d'origine alcoolique chez un nourrisson élevé au sein de sa mère, qui « pour se donner des forces et... du lait, prenait, sur prescription du médecin, disait-elle, beaucoup de vin de quinquina ou autres, et de son chef, du bordeaux, du champagne, des bières brunes et blondes, etc... sans discernement ni mesure ». Ce fait a été publié par PERIER dans les *Annales de médecine et de chirurgie infantiles* (15 juillet 1897).

Nous avons observé deux cas de convulsions d'origine alcoolique dans les circonstances suivantes,

OBSERVATION I. *Convulsions d'origine alcoolique chez un enfant élevé au sein par une nourrice mercenaire placée sur lieu.*

Le 5 février 1896, à 6 h. du matin, M. de C... nous appelle auprès de sa fille âgée de 8 mois, qui vient d'avoir des convulsions. Elle a une nouvelle nourrice depuis quelques jours. Nous la trouvons la face grimaçante, les membres agités, les yeux roulant dans l'orbite. Un bain tiède de quelques minutes fait cesser les convulsions.

Je revois l'enfant le soir à 6 heures et je constate de nouveau un peu d'agitation ; je prescris un nouveau bain qui procure une nuit de sommeil à l'enfant.

La nourrice est depuis peu dans la maison ; on ne sait rien d'elle

Toutefois, je demande de la surveiller. Six jours plus tard, de nouvelles convulsions éclatent ; elles cèdent encore au bain ; et, quoiqu'on surveille la nourrice, on ne peut me donner aucun renseignement. Cette surveillance me paraît laisser à désirer, car elle est faite par la cuisinière qui est éthylique. Je conseille de surveiller la nourrice à son insu, pendant les promenades et sorties. Le 17 février, surviennent de nouvelles convulsions : j'apprends alors que la nourrice se rend tous les six jours auprès d'une amie chez laquelle elle sable le champagne, et chaque fois l'enfant a des convulsions le lendemain matin. Je fais changer immédiatement de nourrice : le nourrisson n'éprouve plus aucun symptôme nerveux dès ce moment.

Observation II. *Convulsions d'origine alcoolique chez un enfant élevé au sein par une nourrice mercenaire placée sur lieu.*

R. C... âgé de 4 mois, a été élevé au sein par sa mère pendant les deux premiers mois ; mais l'insuffisance de la sécrétion lactée l'a forcée d'avoir recours à une nourrice mercenaire. Celle-ci est une fille-mère qui a bientôt repris ses habitudes et trouve moyen de voler du vin ou de s'en faire apporter du dehors.

Plusieurs fois, nous voyons cet enfant parce qu'il ne cesse de crier, ne dort point et se remue constamment dans son berceau. La nuit, la mère et la nourrice sont constamment sur pied, et le sommeil ne survient que le matin ; il est de peu de durée et mêlé de soubresauts. Remarquant que la nourrice évite de me laisser sentir son haleine, soit en détournant la tête ou en portant la main sur sa bouche, je fais part de mes doutes à ce sujet et demande à la famille de surveiller la nourrice. Le soir même, celle-ci paraît gaie et semble trembler sur les membres ; elle fait des efforts afin de se bien tenir et de conserver l'équilibre. On le lui fait observer et on la met à la porte le lendemain matin. Mais, dans la nuit qui précède son départ, l'enfant a des convulsions à plusieurs reprises ; elles cèdent aux deux bains que nous lui donnons à minuit et à 2 heures du matin. Une nouvelle nourrice est donnée à l'enfant qui recouvre le sommeil le même jour : il ne présente plus d'accidents nerveux dans la suite.

L'éclampsie n'est pas chez l'enfant la seule manifestation de l'alcoolisme par l'allaitement. On voit parfois la nourrice être une alcoolique invétérée ; le nourrisson qu'elle allaite est sans cesse agité, crie souvent, dort peu et paraît nerveux à l'excès. Le moindre bruit lui donne des soubresauts dans le berceau : tantôt il est maigre, presque cachectique parce qu'il a des troubles digestifs ; tantôt, au contraire, il est gros, a un poids supérieur au poids normal de son âge et présente l'aspect d'une surnutrition ; il a l'adipose si fréquente chez les enfants de son âge. Mais l'enfant en bas âge, qui est déjà une victime inconsciente de l'alcoolisme, ne tarde pas à maigrir, à dépérir ; quoiqu'il n'ait point de convulsions, il pré-

sente de l'agitation, de l'insomnie ; le pouls devient fréquent et faible, l'œil brillant, les pommettes sont rouges et la face prend assez souvent un air étonné, hébété. L'enfant a la bouche sèche, il éprouve une soif ardente et se jette gloutonnement sur le sein qu'il quitte aussitôt ; il fait constamment des mouvements de succion comme s'il tétait. L'état général devient de plus en plus mauvais, et bientôt survient la cachexie à laquelle il succombera s'il ne lui est porté secours.

Observation III. *Cachexie d'origine alcoolique chez un enfant nourri au sein, ayant fait pronostiquer une mort prochaine. Changement de nourrice, retour rapide à un excellent état de santé.*

A... L... a été placé, dès sa naissance, chez une nourrice au sein, par la sage-femme elle-même, en 1893. Chargé du service de la protection des enfants du premier âge comme médecin-inspecteur, je n'ai eu qu'à m'incliner devant le choix qui avait été fait, et devant l'assurance que me donnait la sage-femme sur le dévouement et la moralité de la nourrice en laquelle elle avait toute confiance. L'enfant de cette dernière paraît superbe ; il est gros, et pèse 10 kilos à 8 mois. Le nourrisson pesait, à son arrivée chez la nourrice, 4000 grammes, poids que je constate moi-même à ma première visite avec mon pèse-bébé. A la visite réglementaire du deuxième mois, en mars 1893, le poids est resté stationnaire ; j'en fais la remarque à la nourrice, qui m'affirme avoir bien soin de l'enfant qui lui est confié. En avril, l'enfant a perdu 500 grammes : il ne pèse plus que 3500 gr., donc moins qu'à sa naissance. La nourrice affirme avoir sevré son enfant et prétend donner les deux seins à chaque tétée au nourrisson. L'enfant a dépéri, et il ne semble cependant pas malade. Il n'a ni diarrhée, ni vomissements, ni fièvre. Je m'informe, auprès des voisins, de la conduite de la nourrice ; personne ne veut me répondre.

10 mai 1893. Je vois l'enfant à 9 h. du matin ; il présente un aspect misérable. Nu, il ne pèse que 2800 gr., la peau est collée sur les os ; on dirait un squelette. Le front est ridé, l'œil brillant, mais cerné, les pommettes rouges ; la bouche est sèche, et l'enfant exerce des mouvements de succion énergiques sur le doigt que je lui donne. Il se jette sur une tasse de lait que je lui présente. Le pouls est fréquent, régulier, mais petit. La température est de 38° ; la respiration est fréquente et l'auscultation est négative. La cachexie est complète. Je crains une mort prochaine, si cet état de dépérissement continue. La nourrice ne convient d'aucune faute et accepte moins que poliment les observations que je lui fais

Décidé à en finir avec cette nourrice qui me semble indigne, je prends le parti de la harceler de visites pendant quelques jours, et je préviens en même temps la famille qui croit toujours au dévouement de Mme D... et m'en assure de nouveau. Je retourne

donc chez la nourrice afin de la prendre en défaut, à 11 h. du matin, à 2 h. du soir et à 5 h. A cette dernière visite, Mme D... prononce quelques paroles d'une amabilité sommaire que je ne relève pas, me contentant de répondre que je suis libre de venir voir le nourrisson comme il me plaît. A tout hasard, je fais une 5e visite à 9 h. du soir, et je trouve la nourrice complètement ivre. Elle me met d'ailleurs à la porte. Le lendemain, à 6 h. du matin, je cours chercher la mère de l'enfant, la mets au courant des événements de la veille ; et, ayant sous la main une nourrice au sein, Mme V..., qui avait déjà fait ses preuves, je lui remets l'enfant qu'elle craint de voir mourir dans les 24 heures et qu'elle accepte à regret après avoir bien hésité. Ce nourrisson reprend rapidement un état de santé excellent, et acquiert bientôt le poids voulu à son âge. A 6 mois, il était dans les conditions normales, puisqu'il pesait le double du poids qu'il avait à sa naissance, malgré le dépérissement des quatre premiers mois. Il a aujourd'hui 7 ans et est un garçon superbe. — Mme V... a obtenu, à la suite de ce fait, une récompense de la Société protectrice de l'enfance de Paris et une autre du département de l'Oise. Quant à la nourrice indigne, il ne lui est plus permis d'avoir de nourrisson à l'avenir.

L'alcoolisme par l'allaitement est d'autant plus rapide que la nourrice, outre qu'elle fait usage de boissons alcooliques, donne encore de l'alcool à l'enfant qu'elle élève. La chose n'est pas si rare. On voit dans certaines régions des femmes aller au cabaret avec tous leurs enfants, et donner à ceux-ci de la bière, du cidre et du vin, même du café alcoolisé. L'enfant au sein en reçoit sa part. Ce serait être bien indulgent que de dire qu'il y a là simple ignorance de la part d'une mère ; mais, quand il s'agit d'une nourrice mercenaire, ne doit-on pas dire de cette dernière qu'elle est criminelle ?

Observation IV. *Enfant élevé au café noir alcoolisé par une nourrice au sein. Retrait immédiat.*

Mme Deh... est d'une moralité douteuse en même temps qu'elle est alcoolique. Je lui ai déjà fait reprendre un nourrisson en 1897.

Le 10 octobre 1897, elle vient me demander, dans une maison voisine, un certificat de nourrice. Sur mon refus, elle m'apprend qu'un enfant lui a été confié la veille au soir afin de l'élever au sein parce que la mère est malade et ne peut le nourrir. Je vois l'enfant aussitôt : il est agité, crie, et n'a pas dormi la nuit. Je le fais démailloter et vois des taches de café noir sur les langes, sur la chemise, sur la literie. La nourrice me dit, en effet, qu'elle lui a donné « un peu de café noir avec de l'eau-de-vie (?), parce qu'il ne tétait pas assez longtemps quand elle lui donnait le sein, et qu'il lui paraissait très faible ». Je ne lui permets pas de conserver l'enfant, et deux heures, plus tard, je le fais reprendre, malgré les supplica-

tions de la mère, et le confie à une autre nourrice au sein que j'avais trouvée dans l'intervalle.

Une simple réflexion est permise au sujet des observations III et IV. C'est grâce au bénéfice de la loi Roussel que les deux enfants placés en nourrice ne sont pas devenus des victimes de l'alcoolisme vouées à une mort certaine.

L'alcoolisme infantile dû à l'ignorance des parents.

Il en est de l'alcoolisme de l'enfant comme de celui de l'adulte. Les lésions qu'il entraîne peuvent ne pas être toujours précoces ; on les voit parfois se développer assez lentement. L'enfant, en effet, a pris goût à l'alcool sous une forme ou une autre. Insensiblement les parents, fiers de voir leurs enfants faire comme eux, les conduisent à l'alcoolisme. Que de fois voyons-nous des enfants malades nous réclamer à grands cris du vin, de la bière ou du cidre, qu'ils préfèrent au lait, au bouillon ou aux autres boissons et médicaments prescrits !

Une habitude funeste est celle qui consiste à donner à l'enfant, dès le premier âge, « un canard », c'est-à-dire un morceau de sucre trempé dans la tasse de café additionné d'un alcool quelconque ou même dans l'eau-de-vie pure. « Boire un peu du verre à papa » est un motif d'orgueil pour le père et une grande satisfaction pour l'enfant chez lequel se développent rapidement des appétits et des goûts désordonnés pour les boissons dangereuses. Des lésions diverses se produisent ; tous les viscères peuvent être atteints. LANCEREAU a montré que l'abus du vin chez les enfants en bas âge prédispose à la méningite tuberculeuse. MARFAN a publié un cas de cirrhose alcoolique chez un enfant.

OBSERVATION V. *Cirrhose alcoolique chez un enfant de 5 ans. Ascite, ponctions multiples ; mort.*

P... D... est âgé de 5 ans. Le père et la mère sont des alcooliques. Je suis appelé auprès de leur enfant qui est devenu capricieux et refuse de manger, le 30 octobre. La langue est sale, le ventre est gros ; il y a du météorisme abdominal. Cependant la respiration ne paraît pas gênée. La constipation existe depuis quelque temps. La peau présente une teinte jaunâtre. A la percussion, le foie ne peut être aisément délimité à cause du météorisme. Les veines sous-cutanées abdominales sont quelque peu apparentes. Rien dans les urines.

Pas de syphilis avouée du côté des parents.

Je prescris le régime lacté absolu, et je fais prendre à l'enfant 0.20 centigr. de poudre de racine de scammonée tous les deux jours, ainsi que 0.20 centigr. de KI tous les soirs jusqu'au 8 novembre.

8 novembre. L'enduit saburral de la langue est devenu plus épais ; les yeux sont cernés et l'enfant a l'air d'un petit vieillard ; il se plaint par intervalles et paraît souffrir. Le réseau veineux

susombilical du côté droit est plus apparent ; le météorisme du ventre plus prononcé. Le pouls est normal et le cœur ne présente aucune lésion. Une ascite légère existe. La rate est hypertrophiée. Les parents m'avouent que dès l'âge de six mois l'enfant prenait un canard trois fois par jour, et qu'à partir d'un an il prenait un peu de café additionné d'un peu d'eau-de-vie trois fois par jour. Plus tard, à deux ans, on lui donne soit du cidre, soit du vin pur à chaque repas, ainsi que le café auquel il était habitué, et un grog le soir au coucher pour faire la digestion. Le diagnostic est alors aisé à poser, et nous concluons à une cirrhose du foie d'origine alcoolique.

Le traitement n'est pas changé.

16 novembre. Le teint est terreux ; il y a de l'œdème des membres inférieurs. La respiration est gênée. Une ponction est faite ; il est retiré environ 6 litres d'un liquide jaune citron. L'enfant est maintenu au lait, et la scammonée remplacée par le calomel à petites doses données à intervalles plus éloignés. L'iodure de potassium est supprimé parce qu'il n'est pas toléré.

9 décembre, nouvelle ponction. Le lait seul est donné.

6 janvier, nouvelle ponction.

De cette époque au 25 avril, des ponctions successives de plus en plus rapprochées sont faites. L'enfant meurt le 26 avril.

L'alcoolisme volontaire chez l'enfant.

On habitue l'enfant au morceau de sucre trempé dans l'eau-de-vie ; bientôt on lui donne un peu de café mélangé avec cet alcool, et on arrive rapidement à lui donner des grogs. On laisse même la bouteille à la portée de l'enfant dont les goûts se développent de plus en plus, et il boira alors sans mesure et sans réflexion, au point que l'on verra éclater des accidents graves capables d'entraîner la mort. Il pourra même présenter parfois de véritables accès de dipsomanie.

Observation VI. *Alcoolisme aigu mortel chez une petite fille de quatre ans.*

Le 22 octobre 1892, à 9 heures du matin, Cr... marinier, de passage à Pont-l'Evêque, nous envoie chercher en toute hâte pour sa fille trouvée râlante dans la cabine du bateau. Vingt minutes plus tard, nous sommes auprès de cette enfant : la respiration est stertoreuse, le pouls d'une fréquence extrême ne peut être compté. La température atteint 40°. La face est rouge ; les membres sont en résolution complète. La pupille est contractée. L'enfant est insensible aux piqûres d'épingle. Les parents m'apprennent qu'ils ont quitté leur enfant à 5 heures après avoir bu le café et un verre de rhum pour monter sur le bateau et le diriger. Quand ils sont descendus, à 8 heures et demie, dans la cabine afin de déjeuner, ils ont trouvé leur fille étendue sur le plancher et râlante. La bouteille de rhum qu'ils avaient mise de côté était

débouchée sur la table, un verre à bordeaux s'y trouvait aussi : ils supposent que l'enfant a bu un verre plein, mais ne peuvent ou ne veulent affirmer qu'elle en a bu davantage.

Nous combattons ces manifestations aiguës de l'alcoolisme par les moyens habituels : un vomitif d'une part et un lavement purgatif d'autre part. Des boules d'eau chaude sont appliquées aux extrémités. Nous faisons ensuite prendre du café fort et chaud, et respirer de l'ammoniaque.

Nous quittons l'enfant à 11 heures, toujours dans le même état, malgré les vomissements et les selles produites. Nous la revoyons à 2 heures du soir, mais elle meurt à notre arrivée ; la température était alors de 41_0.

L'année précédente, le bateau étant de passage à Denain (Nord), cette petite fille, alors âgée de trois ans, avait bu un grand verre de kirsch, et était tombée par terre aussitôt l'ingestion. Heureusement un médecin, passant au même moment, put lui donner des soins et l'empêcher de mourir. Quant au rhum que l'enfant avait bu, c'était de l'alcool de betteraves à 45° caramélisé, acheté 2 fr. 50 le litre chez un liquoriste du Pas-de-Calais.

Le goût de l'enfant pour les boissons alcooliques a ses caprices comme chez l'adulte ; et, comme chez ce dernier, l'alcoolisme peut avoir une évolution plus ou moins lente dans ses manifestations. Mais, outre son action sur les divers organes, l'alcool exerce encore ses influences sur le caractère de l'individu, sur le moral.

On sait que l'alcoolisme conduit au crime, comme le fait a été prouvé au Congrès international de l'alcoolisme en 1889. Il y a plus : l'alcoolisme est cause de la précocité des criminels, et il est de manifestation constante aujourd'hui que nombre de criminels n'ayant pas atteint 20 ans sont déjà des alcooliques invétérés.

OBSERVATION VII. *Alcoolisme aigu chez un enfant de 7 ans. Ivresse-morte. Delirium tremens à 10 ans, vol à 17 ans. Attentat à la pudeur à 18 ans.*

Paw... âgé de 7 ans, boit toutes sortes de boissons alcooliques, mais l'eau-de-vie est sa liqueur favorite. Nous le trouvons une première fois ivre-mort dans le ruisseau auprès du domicile de ses parents. Un vomitif lui est donné. Quelques jours plus tard, appelé de nouveau, nous le trouvons encore ivre-mort; un vomitif le débarrasse de nouveau.

Trois ans plus tard, on vient me chercher à 2 heures du matin ; Paw... avait du delirium tremens qui dura une journée.

En 1897 il fut condamné, avec application de la loi de sursis, pour vol d'un litre d eau-de-vie dans un débit de boisson.

En 1898, il subit deux mois de prison pour attentat à la pudeur sur de petits garçons. Il n'a cessé de mener une vie vagabonde jusqu'aujourd'hui.

L'alcoolisme chez l'enfant existe sans aucun doute, et à tout âge. Il est absolument nécessaire de le combattre. Mais la lutte contre cet empoisonnement de l'organisme, c'est-à-dire la prophylaxie de l'alcoolisme, doit commencer par les parents. Les moyens sont nombreux, et nous ne pouvons les envisager tous ici. Les mesures doivent être prises les unes par l'Etat, les autres par l'initiative privée. Nous ne pouvons qu'énumérer brièvement les mesures propres à l'enfance. Les recommandations spéciales à faire aux nourrices au sujet de la qualité et de la quantité des boissons permises seront faites par le médecin. Mais il serait bon de les indiquer sur les livrets de famille que l'État civil remet aux époux à la célébration du mariage. De même, aux déclarations de naissance, on pourrait remettre aux parents une notice renfermant des conseils à ce sujet.

Pour les enfants placés en nourrice, le médecin inspecteur doit avoir toute autorité quand il s'agit de mesures d'urgence (retrait de l'enfant, changement de nourrice), sans remplir les formalités prescrites par les règlements.

Quant aux enfants plus âgés, l'éducation et l'instruction seront, avec l'habitude de l'économie, le goût de l'épargne, les meilleurs remèdes contre l'alcoolisme.

L'école doit être aussi la meilleure sauvegarde contre l'ivrognerie et la passion des boissons alcooliques.

En outre, il est de toute nécessité d'appliquer d'une façon plus sévère les lois de 1871 et de 1880 contre la répression de l'ivrognerie, sur la police des débits de boissons.

UN CAS D'APPENDICITE AVEC ABCÈS OUVERT DANS LA VESSIE ; GUÉRISON,

par le Dr Perez ALLAN.

La guérison complète du malade fait l'intérêt de l'observation suivante, dont il n'existe qu'un cas analogue, publié dans le livre de FAGGE (*Principes et pratique de médecine*).

F. E., âgé de 16 ans, ouvrier électricien, me fit appeler le 23 juin, le lendemain du début de sa maladie. Quelques années auparavant, il avait eu une attaque semblable qu'on avait qualifiée : « inflammation des intestins ». La maladie actuelle avait commencé par une douleur dans le ventre, des envies de vomir et de la diarrhée ; les vomissements avaient duré toute la nuit ; et, au moment où je le vis, ils étaient continus, et les matières vomies étaient liquides et teintées de bile. A l'examen l'abdomen était dur, tendu, surtout au niveau de la région iliaque droite, où existait une matité bien marquée : le point douloureux de Mac Burney était manifeste, la température était à 39°.

Je lui prescrivis du carbonate de bismuth et de l'opium ; des sachets de glace furent appliqués d'une manière continue pour calmer la douleur ; comme alimentation, du lait en petite quantité et de la somatose. Au bout de deux jours, le malade se sentait mieux ; l'opium fut néanmoins continué.

Il éprouvait parfois quelque difficulté à uriner : la température ne dépassa jamais 39°5 ; à plusieurs reprises, elle tomba à la normale, ne s'élevant le soir qu'à 38°3. Il ne ressentit plus de douleurs ; la matité persistait comme auparavant ; la zone mate se limitant parfaitement du côté interne, tandis que vers la partie inférieure elle s'étendait d'une manière moins nette. En l'examinant ultérieurement, je constatai la présence d'une tuméfaction molle, comme une accumulation de scybales, dans la partie inférieure, vers la région inguinale, à un pouce au-dessus du ligament Poupart et semblant se continuer avec la masse générale.

Au bout de 8 jours, un lavement d'huile amena une selle muqueuse, un peu sanguinolente. Quelques jours après, la température étant redevenue normale, la douleur n'existant plus, je cessai l'opium, et à son régime lacté j'ajoutai un peu de bouillon de bœuf, de la confiture et de la crème. La matité générale de la région iliaque diminua graduellement ; mais la zone douloureuse située à la partie inférieure ne se modifia pas.

Le 17 juillet, le malade éprouva une vive douleur dans le bas ventre, et il lui fut impossible d'uriner. Toute la région iliaque était devenue sonore, et la masse douloureuse avait disparu. Un catétherisme vésical ramena de l'urine purulente ; le toucher rectal ne révéla rien. Un confrère, appelé en consultation, diagnostique un abcès développé autour de l'appendice, ayant cheminé en bas et en dedans, et étant venu s'ouvrir dans la vessie.

On lui fit des lavages de la vessie pendant 4 jours avec une solution antiseptique, et on lui donna de l'hyoxyamine. Le malade était très affaibli, les yeux enfoncés dans les orbites. Au bout de 8 jours, l'urine devint moins fétide et on ne lui fit plus de lavages que tous les deux jours. Enfin, l'urine redevint normale, et tout phénomène douloureux disparut. Je vis le malade chaque jour jusqu'au 28 juillet : ce jour-là il eut de nouvelles douleurs, et l'urine redevint à nouveau trouble. J'en conclus que l'orifice de l'abcès s'était fermé temporairement, et que le pus s'était de nouveau réformé.

Après de nouveaux lavages, l'urine redevint normale. Son appétit se maintint tout le temps de sa maladie, et il ne tarda pas à gagner du poids. Sa convalescence se poursuivit régulièrement, sauf qu'au bout d'une quinzaine de jours, après une promenade trop longue, il fut atteint d'une orchite double. Depuis, il va tout à fait bien, et n'a eu aucune récidive de ses malaises (1).

(1) *British Med. Journal*, 17 nov. 1900.

CONGRÈS DE PARIS

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES,

Statistique des cas traités à la clinique des Enfants malades 1899-1900

Considérations cliniques et thérapeutiques,

Par le Dr Henri CUVILLIER,

Chargé de la consultation des maladies de la gorge et des oreilles à la Clinique des Enfants malades.

La forme classique des végétations adénoïdes, selon le mode d'association des symptômes qui la constituent, évolue sous trois types cliniques :

a) le type respiratoire ;
b) le type auriculaire ;
c) le type mixte.

Dans 2019 observations soigneusement prises de notre statistique, nous relevons :

le type respiratoire seul	1214	fois
le type auriculaire seul	75	»
le type mixte	730	»

Nous en conclurons donc que dans les premières années le type respiratoire prédomine en relation avec l'obstruction mécanique des choanes, si facilement réalisée à cet âge dans la cavité étroite du pharynx nasal. Puis, à mesure que la tumeur, médiane d'abord, se développe, elle arrive à obstruer latéralement l'orifice tubaire, ou bien détermine, dans les poussées d'adénoïdite, des phénomènes d'irritation qui, par le canal de la trompe d'Eustache, se propagent à l'oreille moyenne (obstruction tubaire, otite sèche, otite suppurée, etc.). Ainsi s'établissent les troubles auriculaires ; et c'est en effet pendant la 2e enfance, pendant l'adolescence et à l'âge adulte qu'ils s'observent le plus fréquemment. D'où aussi l'indication thérapeutique de *traiter de bonne heure* les enfants porteurs de végétations adénoïdes.

Dans la *forme auriculaire* pure, les troubles respiratoires peuvent faire absolument défaut ; les enfants ne sont amenés à la consultation du médecin que pour des accidents auriculaires, surdité ou écoulements d'oreilles, qu'il ne faut pas traiter comme des lésions essentielles, mais comme des lésions secondaires, dont il

(1) Voyez le n° 24 de 1900 où l'auteur a traité de l'hypertrophie des amygdales.

faut bien savoir aller rechercher la cause dans les lésions inflammatoires du pharynx nasal. Comme la présence de végétations adénoïdes dans le cavum pharyngé évoque immédiatement l'idée d'obstruction nasale et de troubles respiratoires, on a voulu donner à cette forme clinique de l'affection le nom de *forme latente.*

Elle n'est pas latente ; elle est seulement différente de la forme la plus fréquente.

D'ailleurs, dans toutes les affections de l'oreille et à tout âge, il ne faut jamais manquer d'examiner le pharynx buccal et nasal.

A côté des troubles qui résultent directement de l'obstruction du rhino-pharynx par la masse hypertrophiée dans l'amygdale pharyngée, ses lésions inflammatoires, comme celles des amygdales palatines, constituent *une porte d'entrée ouverte en permanence aux infections microbiennes ;* et dans une communication très intéressante faite à la section de médecine interne du congrès, le docteur P. Gallois a nettement établi la place qu'il fallait attribuer aux accidents infectieux à point de départ adénoïdien, soit que ces accidents ne frappent que les régions voisines, soit qu'ils menacent la santé générale de l'individu.

Comme pour l'hypertrophie des amygdales, la même conclusion thérapeutique s'impose donc : *les végétations adénoïdes ne doivent pas être abandonnées à elles-mêmes, c'est une affection sérieuse qu'il faut traiter et dont il faut débarrasser l'enfant.*

Le traitement des végétations adénoïdes peut être *prophylactique.* Une fois la maladie constituée, il est *médical* ou *chirurgical.*

Le traitement prophylactique doit être établi chez les enfants prédisposés aux manifestations lymphatiques : il est *tonique général* et *antiseptique local.*

Chez ces enfants, en effet, il importe de pratiquer une désinfection constante des cavités nasales naso-pharyngiennes, de manière à éviter les poussées inflammatoires du côté de la pituitaire et de l'amygdale pharyngée. Les soins devront être plus rigoureux au cours des infections générales à déterminations rhino-pharyngiennes secondaires (rougeole, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, grippe, etc.).

Comment faut-il pratiquer cette antisepsie et cette désinfection des fosses nasales et du rhino-pharynx ?

Selon les conditions d'âge et la tolérance de l'enfant ; selon les indications qui résultent de la prédominance de certains symptômes et après examen attentif des fosses nasales et du rhino-pharynx, on emploiera :

a) Les *instillations d'huile,* les *aspirations de pommade,* les *insufflations de poudre médicamenteuse,* seules ou combinées avec

b) Les *irrigations nasales.*

a) Comme huile médicamenteuse, on prescrira de préférence l'*huile mentholée* au 1/50. Les propriétés antiseptiques et décongestives du menthol en font le médicament de choix dans les inflammations catarrhales des muqueuses des voies respiratoires supérieures. On se sert d'une petite seringue de la contenance de 1 centimètre cube, munie d'une canule nasale arrondie, de manière à éviter de blesser l'enfant s'il remue ; — et l'enfant étant couché ou la tête légèrement rejetée en arrière, on instille dans chaque narine quelques gouttes à 1/2 centimètre cube de la solution, — avec une force suffisante pour qu'elle pénètre jusque dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Dans certains cas, chez les jeunes enfants, l'huile mentholée, un peu piquante, est mal tolérée. On la remplacera alors par l'*huile résorcinée*, qui nous a donné aussi de bons résultats. La meilleure préparation est :

℞ Résorcine.	1 gramme
Huile d'olive stérilisée.	25 —

On injecte la même quantité que d'huile mentholée.

Les instillations doivent se faire 2 *ou* 3 *fois par jour.*

Comme pommade, on prescrira la *vaseline boriquée simple*, ou mieux la *pommade mentholée*. 2 à 4 fois par jour, on fera *aspirer fortement* dans chaque narine, en bouchant l'autre narine, gros comme une noisette de :

℞ Menthol.	0,01 à 0,10 cg.
Acide borique.	4 g.
Vaseline neutre.	20 g.

Pour donner, si on veut, plus de consistance, on pourra prescrire, au lieu de la vaseline :

℞ Huile d'amandes douces.	20 grammes
Blanc de baleine.	q. s. —

(pour consistance semi-solide).

Comme poudre, on insufflera, avec les lance-poudres ordinaires, des poudres à base de menthol ou de camphre.

℞ Menthol.	0,10 cg.
Acide borique	} ãã 5 grammes.
Talc.	}

ou :

℞ Camphre	} ãã 5 grammes
Acide borique ou bismuth.	}

b) Les *irrigations nasales* peuvent être prescrites séparément ou simultanément avec le traitement précédent.

Pendant longtemps, les irrigations nasales ont constitué, — chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, — la seule médication des maladies du nez et de l'arrière-nez.

Mais, *pour que les irrigations nasales puissent être utilisées, il faut que la circulation du liquide se fasse librement, aussi bien dans les méats inférieurs que dans l'arrière-cavité des fosses nasales.*

Par l'abus que l'on en fit, — et *surtout de ce que trop souvent*

elles furent ordonnées inconsidérément sans examen préalable du nez et du cavum pharyngé, — des accidents se produisirent ; et la réaction qui en fut la conséquence, dans ces dernières années, rationnelle à certains points de vue, dépassa néanmoins de beaucoup le but. Après avoir été en quelque sorte la panacée de toutes les affections nasales, les irrigations furent, — du fait de certains rhinologistes, — radicalement supprimées de la thérapeutique rhino-pharyngienne.

Il est, à notre avis, tout aussi irrationnel de proscrire systématiquement les irrigations nasales que de les prescrire à tout venant. Elles trouvent leurs indications et leur *grande utilité* dans certaines conditions physiques et symptomatiques : il s'agit seulement, avant de les ordonner, de bien déterminer, par un examen minutieux du malade, ces conditions. — Et, puisque l'occasion s'en présente ici, nous voulons élargir la question et la traiter, non pas seulement au point de vue prophylactique, mais l'étudier encore dans le traitement en général. — Notre opinion n'est pas théorique et *a priori*, elle est basée sur les résultats cliniques des cas si nombreux que nous avons eu à traiter.

Pour que les irrigations nasales puissent être, sans inconvénient, utilisées, il faut, nous le répétons, que la circulation du liquide, après s'être faite librement dans le méat inférieur de la narine où est placée la canule nasale, trouve dans le rhino-pharynx un passage suffisant qui lui permette de revenir et de s'écouler par l'autre narine, libre également.

L'amygdale pharyngée s'hypertrophie, il faut bien le savoir dans des proportions très variables.

Quand nous diagnostiquons, chez un enfant, des végétations adénoïdes, cela ne veut pas dire, par là même, que le cavum pharyngé soit complètement obstrué par la tumeur.

Si dans certains cas, — les plus rares assurément, — la masse végétante remplit entièrement le rhino-pharynx, et si, de ce fait, toute communication se trouve supprimée entre les deux narines, chez la plupart des malades, au contraire, elle n'obstrue que le 1/4, le 1/3 ou la 1/2 de l'orifice postérieur des fosses nasales : entre elle et le voile du palais est donc un espace libre qui permet la facile circulation de l'irrigation d'une fosse nasale à l'autre.

Par les différents modes de rhinoscopie, — antérieure et postérieure (si cette dernière est possible) ; par le toucher digital rétronasal, on se rendra compte du volume de l'amygdale pharyngienne hypertrophiée et du degré d'obstruction du pharynx.

Mais en même temps que l'arrière-cavité des fosses nasales, il faut avoir soin d'examiner les fosses nasales elles-mêmes. L'affection s'accompagne très fréquemment de *déviations* ou de *saillies* (*éperon*) de la cloison cartilagineuse et osseuse, — d'*hypertrophie* de la muqueuse pituitaire au niveau du cornet inférieur. Ces di-

verses lésions sont aussi d'importance extrêmement variable.

Elles peuvent obstruer complètement le méat inférieur et y constituer un véritable barrage s'opposant à la circulation du liquide. Le plus souvent, elles sont loin de fermer entièrement la cavité nasale et laissent un espace libre suffisant pour que l'irrigation puisse se faire facilement.

Si on ne constate pas cette condition première et nécessaire, — perméabilité suffisante du pharynx nasal et des méats inférieurs, — on ne doit pas employer l'irrigation nasale. Quand il y a, en effet, à l'un ou à l'autre de ces endroits, un obstacle au courant du liquide, la douche nasale présentera des inconvénients et même des dangers. Le liquide ne pouvant s'écouler librement, d'une fosse nasale à l'autre, tendra *à forcer* l'orifice des différentes cavités devant lesquelles il doit normalement *passer sans y pénétrer :* on risque alors qu'il s'engage dans les voies lacrymales, — les sinus frontaux (céphalalgie), — dans la trompe d'Eustache (otite).

On devra alors, pour faire l'antisepsie, se borner aux moyens thérapeutiques des cavités naso-pharyngées, étudiés au chapitre précédent.

Au point de vue symptomatique, les irrigations nasales trouveront leur indication principale dans les cas si fréquents où les végétations adénoïdes s'accompagnent de catarrhe naso-pharyngé. Elles sont, à coup sûr, le meilleur moyen que nous ayons à notre disposition pour débarrasser les méats et l'arrière-cavité des fosses nasales, des mucosités et du muco-pus qui les obstruent et tapissent les végétations adénoïdes. En même temps qu'elles entraînent les mucosités, elles ont encore pour action d'amener une décongestion souvent très appréciable de l'amygdale pharyngée hypertrophiée et de la pituitaire.

Par cette double action, le malade se trouve notablement soulagé, parfois presque complètement débarrassé d'un des symptômes les plus pénibles, — et les plus appréciables, — de son affection : la gêne de la respiration nasale diminue à tel point qu'il semble alors aux parents que la guérison complète en soit obtenue.

Les indications, — physiques et symptomatiques, — des irrigations nasales étant posées, on devra, en les prescrivant, insister auprès des parents, sur la méthode d'après laquelle elles doivent être administrées.

Les irrigations nasales, si elles sont mal administrées, ont — comme d'ailleurs dans le même cas toute médication, — leurs inconvénients qui peuvent être plus ou moins sérieux. Mais pas plus que les accidents qui sont la conséquence d'une prescription erronée, ceux qui se produisent à la suite d'irrigations nasales mal faites, ne sauraient constituer un argument contre leur emploi ni prévaloir contre les excellents résultats que l'on obtient dans les cas si nombreux, quand elles sont judicieusement administrées.

Ces résultats, que nous avons constatés dans notre pratique tant hospitalière que privée, sont la meilleure preuve clinique que nous puissions donner du paradoxe de l'opinion contraire.

Toutes les fois donc où l'on ordonne de faire des irrigations nasales, nous jugeons nécessaire non seulement d'expliquer de vive voix, mais encore de formuler par écrit, — pour qu'elles soient bien retenues de la personne chargée de les appliquer, — les règles suivantes qui fixent, d'une manière précise, la manière de procéder.

Pour faire les irrigations nasales, employer un siphon nasal ou un bock à injections,

Ne placer le récipient d'eau boriquée qu'à 15 ou 20 centimètres environ au-dessus de la tête.

Pendant le lavage, placer la canule nasale horizontalement, dans la direction de la profondeur de la narine. Respirer la bouche ouverte. Ne pas parler. Ne pas avaler. Tenir la tête légèrement penchée en avant.

Après le lavage, ne pas se moucher violemmemt. Sécher le nez, en soufflant alternativement par chaque narine, l'autre étant maintenue fermée. Eviter tout refroidissement.

Pour que certaines de ces règles, — notamment celles qui prescrivent d'éviter les mouvements de phonation et de déglutition, pendant lesquels l'ouverture de la trompe d'Eustache qui se produit, favoriserait la pénétration du liquide, — puissent être facilement appliquées, il faut évidemment compter avec la tolérance de l'enfant et il faut qu'il consente à se prêter au traitement. Chez les tout jeunes enfants, les irrigations nasales sont donc, pour cette raison, d'un emploi difficile. Nous avons recours de préférence aux aspirations de pommade ou mieux encore aux instillations d'huile qui sont d'une application plus certaine ; et si les irrigations nasales sont pour une cause quelconque nécessaires, nous pensons qu'elles doivent être faites alors sous le contrôle direct du médecin. Mais, dès la deuxième enfance, avec un peu de patience et de douceur, on arrive facilement à faire accepter du petit malade le traitement et à en régler l'application. Après quelques séances, le plus souvent il se l'administre méthodiquement lui-même.

Comme solution, on prescrira de l'eau boriquée (à 30/0) ou de l'eau salée (1 à 2 0/0.) Ces solutions, — un litre environ à chaque lavage, — doivent toujours être employées *tièdes*, à une température variant de 30 à 35°.

Quand la maladie s'est développée, *le traitement médical* analogue à celui que nous venons d'exposer et qui se complétera par des badigeonnages directs de la région malade avec la glycérine iodée (1/50ᵉ) ne peut donner de résultats que si l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée se réduit à un épaississement léger et à des

fongosités, encore faut-il qu'elles soient peu marquées — de la muqueuse.

Toutes les fois où il y a véritablement tumeur adénoïde, la lésion relève uniquement du traitement chirurgical.

Quand l'opération est décidée, il faut toujours, par un traitement préalable de quelques jours, *variable selon les cas et résultant de l'examen attentif des fosses nasales et du rhino-pharynx* (irrigations nasales—huiles résorcinée et mentholée, etc., faire l'antisepsie du champ opératoire. On obtient, en même temps, une décongestion de la masse adénoïdienne ; la perte de sang, au moment de l'opération, s'en trouvera diminuée.

Au point de vue de la *technique opératoire* proprement dite, voici comment nous conseillons d'opérer :

L'enfant est opéré, assis devant nous sur un aide qui lui immobilise les jambes entre les siennes et maintient dans la position voulue le corps et la tête. La tête peut aussi être tenue par l'aide chargé de l'anesthésie. Cette position assise est la plus commode pour la manœuvre des instruments; et, quand on a recours à l'anesthésie, est rendue possible par l'emploi du bromure d'éthyle.

Avec la pince classique dite à végétations adénoïdes, nous commençons par morceler la tumeur et enlevons du cavum pharyngé les masses qui l'obstruent. Puis, quittant la pince, nous prenons la curette et abrasons, net au ras de la muqueuse, les restes de végétations. Les points les plus difficiles à bien atteindre et qui doivent être l'objet d'une attention minutieuse au cours de l'opération sont : *la racine de la cloison* et *les angles latéraux.*

L'opération débarrasse ainsi l'enfant en une seule séance. Elle doit être, quand on a acquis l'habileté de mains nécessaire, menée rapidement, et l'hémorrhagie s'arrête quelques minutes après qu'elle est terminée.

Le procédé mixte a pour nous l'avantage, — tout en assurant l'ablation parfaite des végétations au ras de la muqueuse, — de ramener les masses enlevées et de se rendre compte de leur importance : ce qui, dans nombre de cas, peut avoir son importance pour la justification du diagnostic.

L'opération doit être, dans ses préparatifs et dans son exécution, conduite avec les soins antiseptiques de règle dans toute intervention chirurgicale.

Chez les nourrissons, on opère uniquement avec la pince — sans anesthésie — et en plusieurs séances, de manière à éviter un trop grand traumatisme. *L'opération est d'ailleurs parfaitement tolérée.*

L'anesthésie, sauf chez ces très jeunes enfants, est *nécessaire* pour permettre de terminer l'opération radicalement et rapidement : ce qui est sinon impossible, du moins très difficile avec un enfant qui souffre et se débat violemment.

Nous conseillons comme anesthésique de choix le *bromure*

d'éthyle, qui permet d'opérer dans la position assisé et dont l'action sur le cerveau, pour ainsi dire instantanée, amène très promptement la perte de connaissance. L'effet en est fugace, il est vrai ; mais c'est une qualité de plus dans une opération qui doit être menée très rapidement ; le réveil se produit facilement, au moment où l'opération se termine. La perte de sang est aussi moins abondante — d'après ce que nous avons toujours observé — pendant l'opération même qu'avec le chloroforme.

Le bromure d'éthyle doit être donné à doses massives : 6 à 10 grammes, administrés d'un coup avec le masque à anesthésie, ou sur un mouchoir recouvert de taffetas gommé, de manière à éviter une évaporation trop rapide, suffisent chez un enfant de 8 à 12 ans pour produire un sommeil profond de 2 à 3 minutes. *Comme tout anesthésique, il faut le manier avec prudence.* Son action porte principalement sur le bulbe. La respiration, plus menacée que le cœur, sera particulièrement surveillée.

Comme pour l'anesthésie par le chloroforme, la condition capitale de l'anesthésie par le bromure d'éthyle est l'emploi d'un produit *irréprochable, parfaitement rectifié et fraîchement préparé.*

On ne devra l'utiliser que présenté dans des flacons fermés à la lampe et en verre coloré, pour éviter toute décomposition. La coloration du bromure d'éthyle est alors complètement nulle et l'odeur suave. *Tout bromure d'éthyle dont l'odeur sera piquante et fortement alliacée sera rejeté.*

Pour éviter la contracture parfois fort gênante des muscles masticateurs, qui se montre au début de l'anesthésie, — et qui disparaît d'ailleurs en suspendant les inhalations, — on a conseillé d'employer le bromure d'éthyle mitigé à 10 0/0 d'éther. Nous n'avons, pour notre part, trouvé à cette préparation aucun avantage et nous avons, avec elle, observé des contractures parfois très violentes.

L'opération terminée, l'enfant est maintenu au lit les premiers jours, — à la chambre une semaine. — Le laisser sortir plus tôt, c'est l'exposer à des refroidissements et à des complications dangereuses, que l'on évitera avec de la prudence. Pendant ce temps, il faut, par des soins antiseptiques du nez et de la bouche, empêcher l'infection de la région si facilement accessible aux germes pathogènes.

Les *complications opératoires* sont extrêmement rares : ce qui rend l'opération parfaitement bénigne.

Les *hémorrhagies* immédiates n'ont jamais été observées par nous. Secondaires, elles sont, on peut le dire, exceptionnelles ; on les observe parfois à l'adolescence, le plus souvent chez les filles. Si les moyens simples (glace, injections chaudes, attouchement à l'antipyrine), ne réussissent pas à les arrêter, on s'en rendra toujours maître par le tamponnement de l'arrière-cavité des fosses nasales. Les complications *du côté des oreilles* (otite moyenne

subaiguë et aiguë) ne surviennent qu'à la suite de refroidissement ou d'infection du rhino-pharynx par non-observation des règles antiseptiques prescrites.

Y a-t-il des contre-indications à l'opération ? En dehors de l'hémophilie nettement caractérisée, il n'en existe pas. Il faut évidemment *s'abstenir d'opérer* au moment des règles, chez les fillettes déjà réglées — en période inflammatoire d'adénoïdite, — s'il y a des complications inflammatoires aiguës ou dans un milieu épidémique (coqueluche, rougeole, diphtérie, etc.).

Le mauvais état général, loin d'être une contre-indication, est bien au contraire une indication opératoire. Puisqu'il résulte du trouble apporté à la fonction normale de la respiration par la présence des végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, il ne peut s'améliorer qu'une fois les végétations adénoïdes, — c'est-à-dire l'obstacle, — enlevées.

Reste enfin la question de l'âge. Faut-il pour opérer attendre que l'enfant ait un certain âge, 6 ou 7 ans par exemple, comme on l'entend si souvent répéter? *C'est là une erreur absolue.*

Dès que l'intensité des symptômes a fait poser nettement l'indication d'une opération, il *faut intervenir, quel que soit l'âge de l'enfant.* En attendant et en tergiversant trop longtemps, on risque que des troubles irrémédiables résultent de l'affection : arrêt de la croissance; déchéance de l'état général, prédisposant à toutes les infections; emphysème pulmonaire et bronchite chronique; catarrhe naso-pharyngé, provoquant trop souvent la neurasthénie; surdité et otorrhée, etc.

L'ablation des végétations adénoïdes est, de règle, très bien supportée, même chez les nourrissons; et, chez ces derniers, on peut vraiment dire que le coup de pince, qui, désobstruant la cavité naso-pharyngienne, permet la respiration et l'alimentation normales, *sauve la vie de l'enfant.*

Pour que le bénéfice de l'opération soit complètement acquis à l'enfant, il faut, les végétations adénoïdes enlevées, traiter les *lésions secondaires possibles* des fosses nasales (rhinite hypertrophique ; déviation et éperon de la cloison), des oreilles (catarrhe tubaire, otite moyenne sclérémateuse, otorrhée), du pharynx (granulations, catarrhe naso-pharyngien). On redressera les déviations dentaires, si elles existent. On tonifiera l'état général.

L'enfant devra être suivi pendant quelques semaines ; et, consécutivement à l'opération, on fera utilement dans le rhino-pharynx des badigeonnages à la glycérine iodée qui fortifieront la muqueuse. *On aura toujours soin de réexaminer l'enfant par le toucher pharyngien*, pour s'assurer que la cicatrisation a laissé la voûte pharyngienne parfaitement lisse et que l'arrière-cavité des fosses nasales est complètement dégagée.

On conseillera, — pour éviter les inflammations catarrhales de la muqueuse naso-pharyngienne qui, ramenant les symptômes

d'obstruction nasale, font penser à tort à une récidive de l'affection, — de continuer pendant plusieurs mois l'antisepsie des fosses nasales et du pharynx. Les soins devront être minutieux, surtout au moment des changements de saison.

S'il y a eu curetage imparfait du pharynx et qu'on ait *négligé* de s'en assurer et d'y remédier après l'opération, l'hypertrophie consécutive de fragments plus ou moins volumineux qu'on aura laissés dans le rhino-pharynx (racine de la cloison, angles latéraux), fera croire à une récidive de l'affection.

Les végétations adénoïdes, complètement enlevées, ne récidivent pas.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES COLITES AIGUËS MUQUEUSES ET DYSENTÉRIFORMES PAR LE SULFATE DE SOUDE (1),

par **M. AVIRAGNET,**
médecin des hôpitaux.

Les *colites aiguës* constituent un type clinique qu'il convient de séparer des *gastro-entérites ;* elles offrent, en effet, une symptomatologie qui se différencie nettement de celle des gastro-entérites.

Les colites aiguës sont ou *primitives* ou *secondaires :* dans ce dernier cas, elles succèdent à une gastro-entérite aiguë ou se montrent au cours d'une maladie infectieuse, d'une fièvre typhoïde par exemple.

La pathogénie des colites est la même que celle des gastro-entérites, c'est-à-dire qu'elles sont sous la dépendance d'agents infectieux, ceux-ci provenant soit de l'extérieur (infection ectogène), soit du tube digestif lui-même (infection ectogène, facilitée par un mauvais état général ou une altération du tube digestif : dyspepsie chronique, indigestion par des fruits verts, etc.).

Dans la symptomatologie des colites, il convient de considérer des phénomènes généraux (fièvre plus ou moins vive suivant les cas ; troubles nerveux divers ; éruptions variées, etc.) et des phénomènes locaux (douleurs spontanées ou provoquées le long du gros intestin, avec maximum au niveau du côlon iliaque ; ténesme rectal ; selles fréquentes, pénibles, muqueuses, glaireuses, sanglantes). Suivant le caractère des selles, il est possible de diviser les colites aiguës en deux variétés :

1° Les colites muqueuses, glaireuses ou muco-glaireuses ;

(1) Communication à la Société de pédiatrie, séance du 9 octobre 1900.

2° Les colites dysentériformes.

Il existe des formes légères, des formes de moyenne intensité et des formes graves avec fièvre vive, ou, au contraire, avec tendance à l'algidité.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail de la symptomatologie ; nous ferons remarquer seulement que les symptômes de la variété dysentériforme de la colite sont les mêmes que ceux de la dysentérie vraie : mêmes phénomènes généraux, mêmes phénomènes locaux : douleurs du gros intestin, ténesme rectal, selles muqueuses et sanglantes rappelant le frai de grenouille ou la râclure de boyaux.

La dysenterie produit au niveau du côlon des altérations peut-être plus intenses, plus nécrotiques et, de ce fait, plus durables que celles de la colite vulgaire; mais ce sont des lésions du même ordre. Il est vraisemblable cependant, on peut même dire il est certain, que si l'effet est le même dans les deux cas, la cause n'est pas la même : la colite dysentériforme diffère, au point de vue de la pathogénie, de la dysenterie vraie.

La similitude des symptômes nous permet de comprendre pourquoi les méthodes de traitement employées avec succès dans la dysenterie réussissent dans les colites dysentériformes ; le traitement de la dysenterie n'a rien de spécifique ; en effet, il est dirigé contre l'inflammation du gros intestin, contre la colite, en un mot contre l'effet et non contre la cause (inconnue jusqu'ici) de la dysenterie.

C'est le traitement de la dysenterie que nous avons appliqué dans les différentes variétés de colites aiguës que nous avons eu à traiter : colites dysentériformes ou simplement muqueuses. Nous en avons retiré le plus grand bénéfice.

Voici comment nous le comprenons :

1° Repos au lit ; diète à l'eau et au lait ;

2° Calmer les douleurs abdominales par des applications de cataplasmes ou de compresses humides et chaudes ;

3° S'abstenir de pratiquer les grands lavages de l'intestin qui, en produisant la distension de l'organe malade, provoquent des douleurs vives, parfois intolérables, et risquent d'augmenter le processus inflammatoire ;

4° Diminuer la fréquence parfois excessive des selles et le ténesme rectal. Les petits lavements laudanisés répondent à cette indication et doivent être préférés aux suppositoires calmants ;

5° Combattre l'inflammation de la muqueuse du gros intestin. Plusieurs procédés ont été conseillés :

A. — *Introduction dans le gros intestin de substances modificatrices*, sous forme de lavements à base d'ipéca, de biborax, d'hyposulfite de soude, etc., ou de suppositoires à base d'iodoforme, de résorcine, d'extrait d'hamamelis.

Ces moyens doivent être rejetés dans les formes aiguës :

1° parce que ces lavements et suppositoires, efficaces peut-être dans les cas bénins, sont manifestement insuffisants dans les cas graves ; 2° parce qu'il y a le plus grand intérêt, d'ailleurs, à ne pas mobiliser le gros intestin enflammé et très douloureux.

B. — *Administration de l'ipéca par la bouche soit à dose massive, soit à doses fractionnées.*

Avec l'ipéca, on obtient de bons résultats dans la dysenterie quand on l'administre dès les premiers jours et à condition d'en donner de fortes doses.

Les enfants, surtout les plus jeunes, supportent mal l'ipéca à dose élevée, et nous ne croyons pas que ce soit un remède à conseiller dans les colites aiguës. On ne doit le prescrire que lorsqu'il y a un état saburral très prononcé des premières voies digestives : c'est-à-dire contre l'embarras gastrique qui accompagne la colite plutôt que contre la colite elle-même.

C. — *Purgatifs.* Ce sont les véritables agents curatifs de la dysenterie ; ce sont également ceux qui donnent les meilleurs résultats dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes. Ces médicaments modifient avantageusement les sécrétions de l'intestin et diminuent l'inflammation de la muqueuse.

Le *calomel*, qui est le médicament par excellence des infections gastro-intestinales, est utile dans les colites légères, mais ne rend peut-être pas les mêmes services dans les colites graves. Certes, quand on l'administre, les selles se modifient avantageusement ; mais cette action est passagère, et l'on peut, à juste titre, craindre, en renouvelant chaque jour la dose qui doit être assez forte pour être active, d'amener de l'irritation de la muqueuse intestinale.

Nous préférons avoir recours aux sulfates de soude ou de magnésie. *C'est le sulfate de soude que nous avons employé, et les résultats obtenus ont été absolument remarquables.* Le sulfate de soude agit d'une façon merveilleuse et constante sur les sécrétions du gros intestin ; à dose forte il les exagère, comme tous les purgatifs ; mais à dose faible il les diminue et fait disparaître l'hypersécrétion glaireuse et sanguinolente. (Les propriétés hémostatiques du sulfate de soude ont été bien mises en évidence par les expériences de M. Reverdin de Genève.)

Les doses que nous conseillons sont les suivantes : 10 à 15 grammes le premier jour (dose légèrement purgative, utile quand l'état saburral des voies digestives est très prononcé) ; petites doses les jours suivants : 5 grammes, par exemple, chez un enfant de 12 à 14 ans ; 2 grammes chez un enfant de 2 ans. Ces doses n'ont rien d'absolument fixe. La médication doit être continuée plus ou moins longtemps, pendant huit jours en moyenne.

Le sulfate de soude s'administre dissous dans un verre d'eau

sucrée ; la dose est prise dans le courant de la matinée en trois ou quatre fois.

Sous l'influence de ce médicament on constate la disparition rapide du ténesme rectal ; la diminution de la fréquence des selles, sauf le premier jour si on a donné une dose forte ; la disparition rapide du sang ; la diminution graduelle des glaires et bientôt l'apparition de selles bilieuses diarrhéiques ; enfin des selles moulées et de la constipation en certains cas.

En même temps, les douleurs spontanées ou provoquées observées au niveau du gros intestin disparaissent et l'état général s'améliore rapidement.

Dans certains cas, il convient de compléter le traitement par l'administration de bains. Le bain frais a son indication dans quelques formes hyperthermiques; le bain tiède est donné avec avantage chez la plupart des malades ; le bain chaud est indispensable dans les cas où les symptômes cholériformes apparaissent. Enfin, on se trouvera bien des injections de sérum artificiel chez les malades déprimés.

Nous avons appliqué ce traitement avec un succès constant chez des enfants d'âge différent, observés à l'hôpital des Enfants Malades, dans le service de M. le Dr Moizard, que nous avions l'honneur de remplacer pendant les vacances et chez plusieurs malades de notre clientèle. Nous rapporterons seulement ici l'observation du dernier malade que nous avons traité : elle est des plus caractéristiques. Il s'agissait d'un enfant de 18 mois atteint d'une gastro-entérite des plus graves, compliquée au bout de quatre jours de colite aiguë disentériforme.

L'enfant était malade depuis vingt-cinq jours quand nous le vîmes pour la première fois; la colite avait résisté à tous les traitements conseillés par le très distingué médecin qui soignait le petit malade. Les selles étaient fréquentes, très douloureuses, glaireuses et sanglantes, les selles typiques de la colite dysentériforme, en un mot. L'enfant prit le premier jour 5 grammes de sulfate de soude et 2 gr. 50 les jours suivants. Du jour au lendemain, pour ainsi dire, il s'opéra un changement radical dans l'état du petit malade: le ténesme, qui était véritablement pénible, disparut, le sang apparut encore dans les glaires pendant un jour et ne se montra plus dans la suite ; les selles qui étaient très fréquentes diminuèrent très rapidement; le troisième jour l'enfant était constipé, et l'on dut recourir à de petits lavements d'huile d'olive. L'amélioration persista les jours suivants, et la guérison s'est maintenue depuis.

Le sulfate de soude, donné à dose faible, constitue donc un médicament de tout premier ordre dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes. C'est un mode de traitement qui n'est pas nouveau ; mais il n'est généralement pas mis en usage. Nous pensons avoir rendu service en attirant l'attention sur lui.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Bacille d'Escherich et bacille d'Eberth. — MM. L. Grimbert et G. Legros (1) ont tenté de modifier les fonctions caractéristiques du B. coli en le cultivant sur des milieux additionnés d'antiseptiques variés (acide borique, salol, iode, bile humaine).

Sur cinq échantillons de colibacilles types, deux seulement ont perdu leur fonction indol, et un seul la propriété de donner des gaz en milieux lactosés. Ces modifications de fonctions ont persisté malgré une vingtaine de générations en série sur les milieux les plus favorables et plusieurs passages sur l'animal.

Toutefois, l'abolition de la fermentation du lactose est plus apparente que réelle : si le bacille en question, d'ailleurs très atteint par la dysgénèse, ne donne plus de dégagement gazeux, des dosages rigoureux montrent par contre qu'il attaque encore légèrement le lactose en acidifiant le milieu, ce que ne fait pas un B. Eberth type, cultivé parallèlement dans des conditions identiques.

Ainsi, la suppression du dégagement gazeux dans les milieux lactosés ne permet pas de conclure à l'abolition de la fonction fermentative, car l'acidité développée correspond, comme nous l'avons montré, à une consommation réelle du lactose ; or, ce dégagement gazeux est, en somme, la seule manifestation de cette fonction fermentative que nous aient permis de supprimer des conditions dysgénésiques pourtant rigoureuses.

Action immunisante de l'arsenic et de la créosote dans l'organisme. — M. Wiener (2) a inoculé à doses progressives des solutions arsenicales ou créosotées à des animaux, et il a pu constater que le sérum de ces animaux, prélevé quelques semaines après ces inoculations, immunise contre certains microbes, le B. d'Eberth ou le colibacille par exemple.

Epidemische auftretende Brockdurchfalle in Saüglings-Spitalern (*Vomissements et diarrhée survenant sous forme épidémique dans les hôpitaux de nourrissons*). — Th. Escherich, à côté des entérites streptococciques qu'il a déjà décrites, a observé des cas de ce qu'il appelle *bacillose bleue*. Ce sont des infections dues à des bacilles spéciaux qui retiennent la coloration au Gram et qui donnent des cultures différentes de celles du coli et des protéolytes. On les trouve aussi dans les coupes de l'intestin grêle.

Ce sont les très jeunes enfants qui sont frappés, la plupart déjà gravement malades ; le plus âgé avait dix mois, les autres de deux

(1) Société de Biologie, 16 décembre 1900.
(2) Ibid.

à quatre mois. Les symptômes sont ceux d'une inflammation de l'intestin grêle avec de graves phénomènes toxiques. Dans les selles, à côté de détritus cellulaires, on ne trouve que quelques globules blancs et rouges, des boules d'épithélium et de pigments biliaires. Les selles sont jaunes, pas vertes. Il y en a de 4 à 15 par jour ; sans ténesme, sans gaz. Elles sont formées d'un mucus trouble avec des flocons jaunes. L'odeur est fade, non fétide, la réaction est alcaline.

Le début des accidents est marqué par de l'anorexie, de la perte de poids; apathie sans élévation de la température; la pâleur de la peau, la petitesse et la fréquence du pouls, indiquent une grave altération du cœur. Il y a quelquefois un peu d'albuminurie et de l'indican. La mort survient du troisième au huitième jour par épuisement progressif. Le poids du corps diminue tous les jours de 100 à 300 grammes. Parmi les complications, le muguet est à mentionner.

A l'autopsie, la muqueuse de l'estomac est injectée, recouverte de mucus. La séreuse intestinale est rouge ; l'intestin grêle renferme un liquide séreux avec un peu de sang et des flocons jaunes. Peu de lésions sur le gros intestin ; jamais d'ulcérations. Dans quelques cas, on trouvait le tissu interglandulaire infiltré de bacilles colorés au Gram.

Sur agar ces microbes poussent mal ; le bouillon est troublé en vingt-quatre heures. Les bacilles ressemblent au pseudo-bacille diphtérique. Sur agar l'aspect ressemble à celui des cultures de streptocoques. Les animaux inoculés n'ont rien présenté. Dans ses recherches, Escherich a rencontré un autre microorganisme, se rapportant à la classe des streptothrix, donnant sur agar de petites colonies dendritiques.

A la suite de cette épidémie, les salles furent désinfectées.

Die Rachitismilz (*La rate rachitique*). — Sasuschin (1). — La tuméfaction de la rate a été signalée par différents auteurs. Stark, en 1896, sur 93 observations de rachitisme dont il avait soigneusement éliminé les cas de syphilis et de tuberculose, avait rencontré 55 fois la tuméfaction de la rate. Mais il avait cru devoir attribuer cette lésion aux complications auxquelles avaient succombé les malades (bronchite, bronchopneumonie, entérite). D'autres avaient incriminé la syphilis.

M. Sasuschin pense au contraire que le rachitisme seul amène une hypertrophie splénique et des lésions de cet organe. Dans 16 cas où aucune autre maladie ne pouvait être incriminée dans la genèse de la splénomégalie, il a rencontré douze fois celle-ci, soit une proportion pour 100 de 75. Dans deux cas la rate était normale. Dans deux elle était atrophiée, et dans ces deux cas les enfants

(1) *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, anal. par M. Barbier, mars 1900.

eux-mêmes étaient atrophiés et leur poids bien au-dessous de la normale.

Ces altérations spléniques sont souvent indépendantes des altérations osseuses ; celles-ci pouvant être à peine appréciables, alors que la rate est très altérée.

Microscopiquement, la capsule est épaissie, la consistance de l'organe est augmentée. Un dernier caractère consiste dans l'anémie remarquable de l'organe, et la diminution du nombre des corpuscules de Malpighi, petits et à peine apparents. A la coupe le tissu est d'un rouge pâle, et le dos du couteau passé à la surface de celle-ci amène du sang et très peu de pulpe.

Au microscope, on trouve une prolifération du tissu conjonctif, des traces d'entérite avec diminution du calibre des vaisseaux; de l'atrophie des corpuscules de Malpighi.

Il est certain que les fonctions de la glande, en tant que glande vasculaire sanguine, sont affaiblies, sinon disparues.

L'exploration de la rate devient donc des plus utiles dans les stades initiaux du rachitisme.

L'intoxication acide et les lavages de l'estomac dans la gastro-entérite des nourrissons (1). — Terrien estime que l'intoxication acide habituelle dans la gastro-entérite des nourrissons paraît surtout en rapport avec l'intensité de la diarrhée, qu'elle n'augmente pas du fait de la cachexie consécutive parfois à cette maladie ; que la diète hydrique est impuissante à la faire disparaître; que les lavages de l'estomac, au contraire, ont sur elle une influence manifeste et l'atténuent sensiblement.

On sait depuis longtemps qu'un des premiers effets de l'intoxication acide est de provoquer une excessive élimination d'azote ammoniacal par les urines.

Par l'emploi d'acides minéraux étendus, comme aussi au moyen d'acides organiques, on peut même arriver à faire disparaître presque complètement de l'urine l'urée, qui se trouve alors remplacée par une quantité équivalente de sels ammoniacaux.

Cette élimination excessive d'azote ammoniacal fut, tout d'abord, l'argument principal qui fit admettre l'existence d'une intoxication acide dans la gastro-entérite des nourrissons.

Lorsque l'intoxication acide survient dans la gastro-entérite, elle paraît être à peu près exclusivement d'origine digestive ; elle commence avec la diarrhée et disparaît avec elle, même si la cachexie sucède à la diarrhée.

Les putréfactions intestinales ou stomacales doivent ici jouer un rôle des plus importants. Chez l'adulte, on a pu voir se former, sous leur influence, aux dépens des hydrates de carbone, des acides de fermentation (lactique, butyrique, acétique, valérique) ;

(1) *Bulletin médical*, 22 décembre 1900.

aux dépens des graisses : des acides gras résultant des influences combinées du suc pancréatique et des fermentations aux dépens des albuminoïdes ; encore des acides de fermentation, en même temps que des gaz (ammoniaque) et des corps amidés (leucine, xanthine, tyrosine) susceptibles de se transformer en ammoniaque par hydratation. Chez le nourrisson atteint de gastro-entérite, les conditions ne sont guère différentes. Si, à l'état physiologique, les putréfractions intestinales n'existent pas ou existent à peine à cet âge dans la gastro-entérite, il est fréquent de voir apparaître dans l'urine l'indican, témoin ordinaire des putréfactions intestinales.

Or, dans le lait on trouve réunis, en proportions variées, des hydrocarbures, des graisses, des albuminoïdes. Lequel de ces trois éléments représente l'appoint principal dans l'éclosion de l'intoxication acide ?

C'est ce que s'efforça de découvrir CZERNY en alimentant des nourrissons atteints de gastro-entérite avec des laits préparés de telle façon que les substances albuminoïdes, les sucres, les graisses s'y trouvassent alternativement en proportions très prédominantes. De ces expériences il résulte que c'est l'addition d'une certaine quantité de graisse au lait ingéré qui provoque une forte décharge d'azote ammoniacal ; mais l'élimination d'azote ammoniacal n'augmente pas proportionnellement à la graisse ingérée, soit que tout ne soit pas absorbé, soit que l'organisme ne puisse pas, dans la formation de l'ammoniaque, dépasser une certaine limite.

A côté des fermentations digestives, il y a les phénomènes digestifs eux-mêmes dont l'influence sur le titre alcalimétrique du sang est évidente. Or les deux temps de la digestion agissent en sens inverse sur l'alcalinité du sang : celle-ci augmente trois quarts d'heure après le repas ; elle redevient normale deux heures et demie après.

En un mot, l'augmentation de l'acidité du suc gastrique a pour corollaire un surcroît de l'alcalinité du sang. Avec la digestion *intestinale*, c'est l'inverse : l'alcalinité du sang diminue, puisque les sucs intestinaux alcalins qui sont sécrétés entraînent un certain nombre de bases. De là une sorte d'équilibre parfait pendant les digestions gastrique et intestinale, puisque l'accroissement du titre alcalimétrique qui suit la première se trouve compensée par la diminution d'alcalinité qui suit nécessairement l'autre.

Ces phénomènes donnent l'explication de la disparition passagère de l'intoxication acide sous l'influence des lavages de l'estomac. Pour lutter contre l'intoxication acide, il semble *à priori* qu'il suffise de favoriser l'action de la digestion gastrique, et d'empêcher l'action compensatrice et secondaire de la digestion intestinale. C'est là le rôle des lavages de l'estomac, qui enlèvent mécaniquement de l'organisme une certaine quantité d'acides.

Ils expliquent encore ce fait, que la diète hydrique soit à peu près sans action sur le titre alcalimétrique du sang alors qu'elle supprime la digestion intestinale, pendant laquelle le titre alcalimétrique s'abaisse. C'est que, en effet, du même coup, elle supprime aussi la digestion stomacale, et nous avons dit que, prolongée, la diète hydrique entraînerait sans doute une augmentation de l'intoxication acide.

Celle-ci a été accusée d'être la cause des pires désordres ; de fait, on comprend sans peine toute l'influence que ces variations d'alcalinité du sang peuvent exercer sur l'ensemble des échanges nutritifs.

La bactériologie montre l'exquise sensibilité des cellules pour la nature alcaline ou acide de tel ou tel milieu. La médecine expérimentale, d'autre part, enseigne que lorsqu'on injecte des acides dilués dans le sang d'un animal, il succombe toujours avant qu'on ait pu rendre son sang acide, tant est grande l'influence d'un abaissement du titre alcalimétrique du sang.

La clinique confirme ces faits. Tous ces acides, en effet, sont dangereux. Un de leurs effets est l'altération du système osseux ; dans les cas plus aigus on voit survenir la dyspnée, puis l'état comateux.

Aussi a-t-on pensé que le rachitisme, si fréquent à la suite des gastro-entérites prolongées, relevait peut-être, dans une certaine mesure, de l'intoxication acide ; par analogie encore on a attribué à cette dernière certains troubles respiratoires observés dans la gastro-entérite en l'absence de toute lésion pulmonaire.

Ces acides peuvent encore engendrer des altérations cellulaires ou des cirrhoses du foie, et peut-être représentent-ils un des facteurs des altérations hépatiques signalées dans la gastro-entérite des nourrissons.

Le fait qu'on peut, à volonté pour ainsi dire, régler le titre alcalimétrique des humeurs des nourrissons dans la gastro-entérite par des lavages de l'estomac est intéressant, puisque du même coup ces lavages pourront alors : 1° combattre les vomissements quand ils sont répétés ; 2° lutter contre l'intoxication acide, si l'on admet que celle-ci doit figurer dans la pathogénie de certains accidents de la gastro-entérite des nourrissons.

Un cas de pleurésie purulente chez un garçon de deux ans, guérie par le procédé modifié de Lewascheff (1). — A. Kissel, en présence des résultats peu favorables de la pleurotomie simple dans la pleurésie purulente des enfants tuberculeux, a essayé avec succès du procédé de Lewascheff qu'il a modifié en employant au lieu d'un siphon et d'un liquide indifférent neutre, une seringue de 10 cm. c. de capacité et une solution physiologique de sel marin, remplaçant

(1) **Obs. de la clinique de l'hôpital Sainte-Olga.** *Wratch*, **n° 22, mai 1900.**

chaque quantité de liquide retiré par une quantité égale de sérum artificiel. — Dans le cas actuel, il s'agit d'un enfant de deux ans dont l'état général était mauvais et dont les antécédents faisaient craindre la tuberculose. La ponction exploratrice donna issue à un exsudat séro-purulent. Vu les antécédents, l'état de débilité du petit malade et une arthrite du genou très probablement tuberculeuse, on se borna au traitement général fortifiant (huile de foie de morue, carbonate de gaïacol 0,10, 2 fois par jour). Après quelques jours l'enfant ayant gagné 950 grammes, on retira de la cavité pleurale droite en 4 reprises 35 cm. c. de liquide mélangé de pus que l'on remplaçait par du sérum artificiel légèrement chauffé.

Après cette intervention, le petit malade eut de la fièvre pendant neuf jours (38°, une fois 39°, 2); cependant son état général s'améliora progressivement. On réitéra deux fois les ponctions à quelques jours d'intervalle, et la dernière intervention donna 10 cm. c. de pus épais ; la seconde seulement un peu de liquide teinté de sang.

Avant le départ de l'enfant, une ponction exploratrice ne donna plus de traces de pus. L'état général de l'enfant était bon ; il ne toussait presque plus. Quant au genou droit, on notait une diminution de la tuméfaction (bandage compressif en permanence) et une augmentation de la capacité des mouvements.

Plus tard, l'enfant, ramené pour être examiné à nouveau, présentait un bon état général avec légère pâleur des muqueuses. On trouvait une légère matité de la moitié droite du thorax ; inspirations affaiblies ; pas de râles. Les mouvements respiratoires profonds s'effectuent librement. La ponction exploratrice resta négative. L'enfant paraissait bien portant, sans toux ni fièvre.

En se basant sur cette observation et sur les succès publiés précédemment, M. Kissel se prononce pour la supériorité de ce procédé sur la pleurotomie qui, comme l'on sait, donne des résultats déplorables chez les jeunes enfants tuberculeux.

Casuistischer Beitrag zur Frage der erregenden Wirkung des Alkohols (*Étude casuistique sur la question de l'action excitante de l'alcool*). — Dr Konrad Gregor (1). — L'intoxication aiguë par l'alcool ne s'accompagne pas d'un stade d'excitation initial chez l'enfant comme chez l'adulte. Pendant les douze premières heures, l'aspect rappelle celui de la narcose chloroformique : état flasque des muscles volontaires, inconscience, affaiblissement de la sensibilité douloureuse, des réflexes tendineux et cornéen. Le bulbe fonctionne encore, comme le prouve l'intégrité de la respiration et de la circulation. Après quinze heures reparaissait le réflexe cornéen ; après dix-huit, les réflexes tendineux ; jusqu'à la fin du deuxième jour, il y avait un peu de somnolence.

(1) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1900.

Phosphor und stickstoff im saüglingsorganismus (*Phosphore et azote dans l'organisme du nourrisson*), par le Dr Arthur Keller (1). — Chez l'enfant sain, le lait de femme et le lait de vache sont à peu près de même valeur pour l'apport en phosphore. Chez l'enfant malade, l'alimentation avec le lait de femme donne de meilleurs résultats que le lait de vache. Si on est forcé de soumettre un enfant malade à l'alimentation artificielle, il convient de lui fournir des conditions favorables pour la rétention du phosphore grâce à une alimentation qui, à côté de combinaisons phosphorées organiques, soit riches en phosphates. L'introduction de plus grande quantité de phosphore dans l'organisme n'a pour conséquence que jusqu'à un certain degré, l'augmentation du phosphore dont dispose l'économie.

De l'aprosexie chez les enfants (2). — M. Brosius. — L'aprosexie des enfants consiste :

1° Au point de vue psychologique, en un trouble de l'esprit, une faiblesse intellectuelle dont le symptôme fondamental est l'inaptiude à fixer la pensée sur un objet quelconque. C'est par conséquent le manque de conception, de reproduction, l'insuffisance de la mémoire, le retard du développement intellectuel.

2° Au point de vue anatomique, en une obstruction des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, due surtout aux végétations adénoïdes.

3° L'embarras de la circulation pulmonaire qui en résulte a pour conséquence une altération nutritive de l'encéphale, une sorte d'auto-intoxication par les produits de déchets de la substance cérébrale.

4° M. Le professeur Guy, d'Amsterdam, a proposé, en 1887, le terme d'aprosexie pour désigner cet état.

5° Le cancre scolaire est le type clinique de l'aprosexie. C'est un malade curable qu'il faut savoir soigner : aussi la connaissance de l'aprosexie est-elle importante au point de vue de l'hygiène scolaire et de la pédagogie.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Injections de sérum antidiphtérique dans un but prophylactique à des enfants atteints de rougeole (3). — MM. Netter et Nattan-Larrier. On sait les bons résultats des injections de sérum antidiphtérique à titre prophylactique dans les services généraux. Les faits actuels nous paraissent établir que, dans la rougeole, on ne peut en espérer des résultats aussi constants.

Nous avons pratiqué systématiquement les injections de sérum antidiphtérique à titre préventif dans un service de rubéoleux.

(1) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1900.
(2) Congrès de Paris, Section de Neurologie.
(3) Société de biologie, séance du 13 octobre.

Le nombre des malades soumis à ces injections a été de 855. La dose injectée le jour de l'entrée, 10 centimètres cubes de sérum de l'Institut Pasteur. Les nourrissons ne recevaient que 5 centimètres cubes.

L'emploi de ces injections semble bien justifié si l'on considère que douze enfants avaient la diphtérie au moment de l'admission. Les injections n'ont pas empêché la production de 15 cas après l'entrée. Dix de ces diphtéries ont paru dans un laps de temps s'écoulant entre quatre et vingt et un jours, c'est-à-dire à un moment où habituellement le sérum exerce son action préservatrice. Il semble que l'action préventive du sérum soit moins marquée chez les sujets atteints de rougeole, et que ce pouvoir préventif soit surtout faible contre la localisation sur la conjonctive. Sur les dix-neuf diphtéries, douze avaient pour siège primitif la conjonctive. La plupart des sujets atteints de diphtérie, malgré les injections de sérum à titre préventif, ont succombé.

Les injections de sérum ont du reste été inoffensives, et la proportion des éruptions mêmes a été peu nombreuse, 1,05 pour 100.

Traitement de l'eczéma par des enveloppements humides permanents. — P. BANTEIGNE. — Pratiqués dans le service de M. GAUCHER, les enveloppements humides permanents donnent des résultats excellents à la période de desquamation de l'eczéma aigu, ainsi que dans l'eczéma chronique, et cela non seulement contre les exarcerbations aiguës du mal, mais aussi pour combattre l'induration et l'épaississement de la peau.

On fait bouillir, pendant dix minutes au moins, des compresses de tarlatane ou de linge très fin; on les exprime, on les plonge dans une solution d'acide borique à 4 0/0 et, après les avoir de nouveau bien exprimées de façon qu'elles ne soient qu'un peu humides, on les étend sur la partie malade. On les recouvre ensuite avec un tissu imperméable pour empêcher l'évaporation, on dispose par-dessus une couche assez épaisse de coton hydrophile et on fixe le tout au moyen de quelques tours de bande de tarlatane ou de toile. Ce pansement, qu'on a soin d'appliquer de manière que la partie atteinte reste complètement enveloppée, doit être renouvelé dès que le prurit se fait sentir, soit quatre ou cinq fois par jour.

Employés d'une façon systématique et avec persévérance, ces enveloppements permettent souvent d'obtenir la guérison des eczémas chroniques même invétérés. Il s'agit d'un traitement très facile à suivre, qui réalise les conditions d'une parfaite asepsie en mettant la partie malade à l'abri de toute irritation ou infection. Il exerce en outre une action antiphlogistique des plus efficaces, en maintenant les régions atteintes dans un bain permanent à la température du corps.

Traitement des dermatoses prurigineuses des enfants. — Dr L. Perrin (1). — Au point de vue interne, donner une alimentation convenable soit à la mère qui allaite ou à la nourrice, soit à l'enfant. La mère ou la nourrice peuvent avoir une nourriture insuffisante, mauvaise ; la nourrice surtout prend souvent de l'alcool, du vin en grande quantité, du café, trop de viande, etc. Quant à l'enfant, il doit avoir des tétées bien réglées pendant le jour et la nuit, ou, s'il est élevé au biberon, une alimentation lactée exclusive faite avec du lait d'excellente qualité, ou bien avec du lait stérilisé donnés en petite quantité toutes les deux ou trois heures suivant l'âge. Quand il est mal supporté, ajouter un peu d'eau de Vichy ou du bicarbonate de soude ; quand il produit de la diarrhée, le couper avec un peu de tilleul et d'eau de chaux.

S'il s'agit d'enfants dont l'allaitement est terminé, c'est une nourriture dont les œufs, le laitage, les soupes, fourniront la base; c'est surtout l'absence de viandes jusqu'à trois ans. Chez les enfants plus âgés, c'est un régime alimentaire surveillé : suppression de vin, café, liqueurs, donner de l'eau bien filtrée, ou d'Evian, ou du lait à un des deux repas; diminution de la ration de viande, suppression des salaisons, charcuterie, fromages forts, insister sur les légumes en purée, les fruits cuits, etc. ; la vie au grand air.

Comme médication interne, pour calmer l'irritation nerveuse, les antinervins doivent être donnés rarement ; tous agissent plus ou moins sur la peau comme les bromures ; les préparations de valériane seules sont sans inconvénients. Dans ces derniers temps, l'acide lactique a été prôné par M. du Castel, qui a étudié l'influence que ce médicament pouvait exercer sur les éruptions qui se développent à la suite de mauvaises digestions ; il a constaté qu'un grand nombre d'enfants ont été améliorés. L'acide lactique se donne à partir de la dose de six gouttes. Un autre médicament qui est à la mode, c'est la levure de bière dont on parle partout et qui est très efficace dans la furonculose : il paraît que l'on en a obtenu aussi de bons résultats dans le prurit. Ce qui domine toute la thérapeutique, c'est, je le répète, la régularisation des fonctions digestives par l'antisepsie intestinale, par l'usage des laxatifs, les grands lavements et, avant tout, par le régime.

Au point de vue externe, on devra insister sur une très grande propreté chez les enfants, des lotions avec l'eau bouillie vinaigrée, matin et soir, les poudrages avec l'amidon, le talc, etc. ; les pommades qu'on emploiera devront toujours être très épaisses, très adhésives : les pâtes de zinc sont l'excipient le plus utile.

Traitement du pemphigus malin des nouveau-nés. — M. A. Baginsky et son assistant, M. Bloch, ont réussi à sauver plusieurs nourris-

(1) *Marseille médical*, 1er mai 1900.

sons atteints de pemphigus infectieux malin, grâce à un traitement qui a consisté à faire prendre, chaque jour, un bain préparé avec une décoction d'écorce de chêne, puis à recouvrir les parties atteintes d'une couche épaisse d'un mélange d'oxyde de zinc et de talc. Ce pansement sec, uni à la balnéation astringente, a paru exercer une action beaucoup plus favorable que celle qu'on obtenait avec les pommades additionnées d'acide salicylique ou de sous-nitrate de bismuth, ainsi qu'avec les applications de liniment oléo-calcaire ou de l'huile de foie de morue, moyens auxquels on avait autrefois recours, dans le service de M. Baginsky, contre le pemphigus malin des nouveau-nés, qui, dans ces conditions, se terminait toujours par la mort.

Recherches expérimentales sur la sécrétion interne du thymus, de la thyroïde et des capsules surrénales de l'embryon et de l'enfant (1). — Karl Svehla a étudié comparativement l'action des extraits aqueux du thymus, du corps thyroïde et des capsules surrénales de l'embryon, de l'enfant et des extraits des mêmes organes pris chez les bovidés. Il s'est servi de jeunes chiens et a observé l'action de ces divers extraits sur la pression sanguine, la rapidité du pouls et son intensité. Il a constaté que, chez le bœuf, le thymus, la thyroïde et les capsules surrénales cèdent à l'eau des principes actifs, même lorsqu'on examine des organes pris pendant la vie embryonnaire. Ces principes actifs ont une action marquée et caractéristique sur la circulation du sang. Chez l'homme, l'activité de ces glandes apparaît plus tard. Le thymus est d'abord actif, puis la thyroïde, enfin les capsules surrénales. L'activité de ces organes apparaît chez l'homme beaucoup plus tard que chez le bœuf. On n'observe leur activité que chez le nouveau-né, alors que pour le bœuf elle existe même pendant la vie embryonnaire.

Eruption généralisée consécutive à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle. — M. Lannois (2). — Un jeune malade âgé de 11 ans, nerveux, débile et arriéré, présentait des végétations adénoïdes. On résolut de l'opérer dans l'espoir d'améliorer son état local et peut-être son état général.

Le 11 octobre, anesthésie au chlorure d'éthyle ; on a peut-être, dans cette anesthésie, dépassé un peu la mesure nécessaire. La durée de l'anesthésie a été de plus de trois minutes, la quantité absorbée assez considérable, mais difficile à déterminer. Il y eut quelques nausées dans la soirée sans autres incidents. Le lendemain, éruption généralisée de placards rouges, chauds, accompagnés de prurit assez vif, présentant les caractères d'une éruption ortiée, sauf la présence de points blancs au centre des placards. Aucune distribution à trajet nerveux. Pas de symptômes généraux.

(1) *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm.*, févr., t. XLIII. p. 321.
(2) Société des sciences médicales de Lyon, séance du 7 novembre 1900.

Pas d'albumine. Le soir température de 38°, plaques plus tuméfiées que le matin. Le lendemain, disparition à peu près complète de l'éruption ; la face est un peu bouffie, il y a des sensations de picotements intermittentes aux extrémités des doigts. Tout finit en 36 heures. M. Lannois croit, dans ce cas, à une intoxication médicamenteuse par le chlorure d'éthyle.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 11 décembre

Présidence de M. KIRMISSON

Endocardite végétante rhumatismale avec embolies multiples chez une fillette de onze ans. — MM. H. Barbier et Tollemer. — Le rhumatisme est grave chez les enfants par suite des lésions cardiaques multiples qu'il provoque, et par suite de l'évolution de celles-ci ; mais il l'est aussi en provoquant des endocardites végétantes, et secondairement des embolies multiples, comme dans l'observation suivante.

Au huitième jour d'un rhumatisme d'allures bénignes, une fillette de onze ans est prise subitement d'aphasie, puis, les jours suivants, d'une hémiplégie droite progressive. Elle succombe avec des accidents de méningo-encéphalite, avec une escarre sacrée droite et du purpura.

L'autopsie révèle une endocardite végétante mitrale d'où sont parties des embolies qui ont oblitéré, en plusieurs fois, la presque totalité des artères de l'hémisphère gauche et des noyaux gris centraux, sans respecter complètement l'hémisphère droit.

L'examen microscopique de la végétation de la mitrale y a montré la présence de bacilles qu'on a pu également retrouver dans les caillots oblitérant la sylvienne. Ce bacille n'a donné aucune culture aérobie ou anaérobie. L'examen microscopique ni les cultures n'ont pu, par contre, mettre en évidence d'autres microbes. Si donc, comme il est vraisemblable, ce bacille est bien celui décrit par Achalme et Thiroloix, on peut conclure que le bacille du rhumatisme peut provoquer des endocardites végétantes et infectantes sans l'adjonction d'aucun autre microbe associé.

L'importance de ces embolies et leur multiplicité étaient également remarquables, puisque la presque totalité de l'hémisphère gauche était ramollie.

Traitement du noma par l'eau oxygénée. — M. Guinon présente une enfant guérie de noma. Elle avait été envoyée comme tuberculeuse ; elle avait, en réalité, une pleurésie fétide et un noma gangréneux de la joue gauche. La pleurésie a été guérie par l'empyème et des lavages à l'eau oxygénée à 1/10. Le noma a été traité par l'acupuncture et l'ignipuncture, et des lavages à l'eau oxygénée à 1/5 Actuellement l'enfant a engraissé, l'état général est excellent ; il subsiste un reste de fistule pleurale et une cicatrice de la joue. La diphtérie n'était pas en cause, bien que l'enfant ait été hospitalisée au pavillon de la diphtérie.

Erythème morbilliforme sérothérapique avec stomatite pultacée. — M. Guinon. — L'éruption apparut dix jours après une injection sérothérapique et s'accompagna de la stomatite pultacée à localisation gingivale que l'on voit au début de la rougeole assez fréquemment, mais non constamment ; le signe de Koplick n'était pas pathognomonique de la rougeole. L'absence d'éruption rétro-auriculaire, l'absence de catarrhes respiratoires et le fait que l'enfant avait été inoculé une douzaine de jours auparavant a fait cependant repousser le diagnostic de rougeole, et l'évolution de la maladie a confirmé ce diagnostic.

Diagnostic radioscopique d'un épanchement péritonéal latent chez un enfant de huit mois. — MM. Variot et Chicotot ont pu, chez un jeune enfant de huit mois, atteint de météorisme considérable, par l'examen radioscopique, voir à la partie inférieure de l'abdomen une ombre ondulante rappelant ceux du liquide pleurétique dans les épanchements pleuraux. Dans certains cas, on pourra donc faire le diagnostic d'ascite minime, qui aurait échappé aux autres méthodes d'examen. Il n'en sera sans doute pas toujours ainsi ; dans les péritonites tuberculeuses avec épaississement du péritoine, la radioscopie ne donnera sans doute pas grand résultat. Dans le cas particulier, le météorisme était tel et l'amincissement de la paroi abdominale si considérable que le passage des rayons était singulièrement facilité.

Ulcérations ombilicales des nouveau-nés. — MM. L. Bertherand et P. Merklen décrivent une variété d'ulcération ombilicale syphilitique. On la trouve chez les nouveau-nés peu après la naissance, et elle coïncide, en général, avec d'autres signes d'hérédo-syphilis. Ils apportent, à l'appui de cette notion, quatre observations dont trois ont trait à des enfants qui ont succombé sans que l'ulcération se fût cicatrisée, et une à un enfant chez lequel ils constatèrent la guérison de la lésion. La conséquence pratique de ces faits réside dans le mode d'alimentation de l'enfant, et quand le médecin voit cette variété d'ulcération, bien distincte des ulcérations infectieuses consécutives à la chute du cordon, il ne doit pas hésiter à mettre l'enfant au biberon.

REVUE DES SPECIALITÉS

SUPPOSITOIRES CHAUMEL CHEZ LES ENFANTS

La thérapeutique infantile présente, au point de vue du choix, du dosage et du mode d'administration des médicaments, des difficultés que tous les médecins connaissent. Il ne s'agit pas seulement de prescrire ; il faut encore faire ingérer le remède, et c'est là qu'est la difficulté, pour peu que ce dernier soit d'un goût ou d'une odeur désagréables.

Il était dès lors tout indiqué d'avoir recours à la voie rectale. L'absorption s'y exerce comme dans les autres points du gros intestin, et ses chylifères ne tardent point à se charger du produit introduit dans le rectum. Il y a plus : certaines substances, telles que le chloral, la strychnine, l'opium, agissent ainsi plus rapidement que par la vie stomacale. Cela justifie les efforts faits par M. Chaumel pour introduire dans la thérapeutique infantile ses *suppositoires* à la glycérine préparés *suivant toutes les formules*. Les indications des suppositoires Chaumel sont variées et presque aussi nombreuses que celles des divers médicaments employés dans la pédiatrie. Avons-nous à produire une dérivation intestinale : tout en ménageant l'estomac, nous pourrons avoir recours aux *suppositoires Chaumel à l'aloès*, *au podophyllin*, *à l'huile de ricin*, *à la rhubarbe*. S'agit-il de vers intestinaux : on prescrira soit des *suppositoires Chaumel à la santonine*, qu'on fera garder le plus longtemps possible, soit des suppositoires *au salol*, *au naphtol*, *à l'iodoforme*, qui auront en outre l'avantage de calmer les démangeaisons.

L'emploi de ces topiques est tout particulièrement utile quand on veut administrer des produits d'un goût amer et désagréable, comme la *quinine*, l'*antipyrine*, la *créosote*, l'*iodure de potassium*.

Rien n'est plus simple que l'introduction d'un suppositoire dans l'anus : il suffit de le mouiller légèrement, de maintenir l'enfant sur le dos pendant quelques minutes et de lui relever les jambes d'une main, tandis que l'autre comprime les fesses. Une bonne précaution consiste à faire précéder un suppositoire médicamenteux d'un suppositoire simple qui évacue le contenu du rectum et déterge sa muqueuse. C'est, d'ailleurs, ainsi qu'on procède quand on veut administrer un lavement médicamenteux. Et, à ce propos, nous ne saurions assez faire remarquer combien les *suppositoires Chaumel à la glycérine* (pour enfants) rendent de services dans la constipation. Tous les traités de médecine infantile insistent sur les dangers du sirop de chicorée, de l'huile de ricin, qui peuvent substituer à une constipation inoffensive une diarrhée redoutable. Aussi leurs auteurs recommandent-ils d'une façon presque unanime l'emploi des suppositoires à la glycérine, qui stimulent les parois rectales tout en délayant les fèces durcies.

Dr TEISSIER.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

DIABÈTE SUCRÉ CHEZ UNE ENFANT DE 6 MOIS

Par L. BAUMEL,

Professeur de Clinique des Maladies des Enfants à l'Université de Montpellier.

La connaissance de cette maladie, même chez l'adulte, est de date relativement récente. Ce n'est en effet que vers la fin du XVIII[e] siècle que Pool et Dobson parvinrent à démontrer chimiquement, par l'évaporation et la fermentation, la présence du sucre dans l'urine. Cependant, pour être juste, il est bon de mentionner que, quelque cent ans plus tôt, Thomas Willis (1674) avait remarqué la saveur mielleuse de l'urine chez certains de ses malades; mais ce n'était là qu'un fait d'observation clinique, ne reposant encore sur aucune base scientifique.

Chez l'enfant, ce n'est, on peut dire, que dans ce dernier siècle et plus particulièrement dans ces 25 dernières années, que le diabète sucré a été sérieusement étudié.

Presque tous les auteurs reconnaissent au diabète infantile une gravité exceptionnelle et le rangent en général parmi les cas de diabète maigre. Les Allemands signalent toutefois une forme légère de la maladie (1).

Chez l'adulte on distingue un diabète nerveux, un diabète gras et un diabète maigre, ce dernier caractérisé par un amaigrissement considérable et une grande quantité de glycose dans les urines (Lancereaux). On voit des diabétiques éliminer 8 à 900 gr. de sucre dans les 24 heures.

Le diabète infantile a été surtout observé dans la seconde enfance.

J'ai eu l'occasion d'en voir deux cas ; l'un, dans ma clientèle, chez un enfant de treize ans qui finit par succomber ; l'autre, à l'hôpital. Dans ce dernier cas, le malade étant mort aussi, l'autopsie révéla l'existence d'une atrophie manifeste du pancréas.

Avant d'aller plus loin dans l'étude qui nous occupe, il serait intéressant de savoir si le diabète peut exister pendant la vie

(1) H. Leroux : Diabète sucré, *in* Granger. Traité des maladies de l'enfance Paris, Masson, 1897, t. II, p. 51.

intra-utérine ou pendant les premiers mois après la naissance. En d'autres termes, existe-t-il un diabète fœtal ?

M. BALLANTYNE (d'Edimbourg) a signalé tout récemment, à cet égard, les observations de LUDWIG, de ROSSA, de BELL.

Ce qui frappe, à la lecture de ces trois observations, c'est qu'aucune n'est absolument probante au point de vue du diabète fœtal ; elles permettent toutefois d'en entrevoir la possibilité.

LUDWIG, dans un cas de diabète chez la mère, trouva du glycose dans le liquide amniotique. Comme, en outre, ce liquide était en quantité énorme, il songea à la possibilité du diabète sucré du fœtus ; mais, ce dernier étant mort-né, la question ne put être résolue.

ROSSA, également, observa un cas semblable ; mais, bien que l'enfant survécût assez longtemps, il ne trouva, à aucun moment, du glycose dans ses urines.

Quant au cas de BELL, il a trait à un nourrisson chez lequel le diabète apparut dès l'âge de 3 mois (1).

C'est seulement sur ce dernier fait que l'on pouvait se baser pour avancer que, probablement, le diabète sucré peut survenir pendant la vie intra-utérine.

Cette probabilité devient presque une certitude si l'on en rapproche le fait de KITSELLE, rapporté plus récemment encore par MM. D'ESPINE et PICOT, qui en observa un cas sur son propre fils âgé de 14 jours (2).

Certains auteurs sont allés jusqu'à prétendre que le diabète observé pendant les premiers mois de la vie n'était pas le diabète sucré, mais le passage du lactose, sucre de lait, dans les urines, véritable lactosurie momentanée, due à certains troubles gastro-intestinaux. Resterait encore à démontrer la véritable nature de ces troubles.

Pour mon compte, je considère toute glycosurie, même passagère, comme un degré plus ou moins atténué du diabète sucré. Je me propose d'ailleurs d'y revenir un peu plus loin.

Dans ces formes de diabète sucré infantile, les uns veulent faire jouer un grand rôle à l'hérédité, les autres à l'infection.

Ni l'une ni l'autre de ces deux causes ne nous paraît avoir le rôle prépondérant qu'on est porté à leur accorder généralement.

Nous devons rappeler cependant que M. CHARRIN a expérimentalement produit le diabète chez les animaux en injectant des germes dans le canal de Wirsung (3).

(1) BALLANTYNE : *Maladies du fœtus* (*diabète fœtal*) *in* GRANCHER, *loco citato*, Paris, Masson, 1898, tom. V, pag. 212.

(2) D'ESPINE et PICOT : *Maladies de l'enfance*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1899, pag. 327.

(3) CHARRIN : Diabète pancréatique expérimental d'origine infectieuse. — Congrès français de médecine, Lyon, 1894, p. 101.

Lancereaux veut que le diabète maigre soit le seul dans lequel le pancréas est lésé (1).

D'autres auteurs ne voient dans le diabète sucré, quelle que soit sa forme, qu'un *trouble de la nutrition.*

Pour moi, depuis longtemps déjà, aussi bien dans le diabète gras que dans le diabète maigre, que même dans le diabète nerveux, *le pancréas est toujours en cause,* soit directement, soit indirectement.

Seulement, tandis que les lésions pancréatiques, dans le diabète maigre, sont macroscopiques, elles sont généralement, dans le diabète gras, légères, peu profondes, microscopiques, et passent facilement inaperçues. Elles sont purement *dynamiques,* dans le diabète nerveux (2), sans que nous sachions au juste le rôle dévolu dans chacune de ces formes à la sécrétion interne dont parle M. Lépine et dont le ferment, d'ailleurs, n'a pas été encore, que nous sachions, isolé.

L'observation qui nous est personnelle est relative à une fillette de 6 mois. La voici :

A. B..., née le 4 juin 1898, entre à l'Hôpital Suburbain (service de M. le professeur Baumel), salle des nourrissons, lit n° 2, le 20 décembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, nous affirme la mère (fille-mère).

Celle-ci a eu la *chorée* à 15 ans. Elle a avorté au quatrième mois de sa précédente grossesse, il y a trois ans.

Antécédents personnels. — Née à terme ; *éruption généralisée* de nature inconnue le *quatrième jour après la naissance.*

Histoire de la maladie actuelle. — Cette enfant nous fut présentée par sa mère, à la consultation externe, *quinze jours avant son entrée à l'hôpital.*

On nous raconta que la fillette avait, *depuis une vingtaine de jours environ,* les *paupières enflées* ainsi que les *mains* et les *jambes;* il fut facile de constater, à ce moment-là, qu'il en était encore ainsi.

On ajouta que la petite malade *urinait souvent et beaucoup plus* que ne le font, d'ordinaire, les enfants de cet âge ; que les urines étaient totalement décolorées et semblables à de l'eau ; que la fillette *désirait constamment le sein* et *qu'elle n'était jamais rassasiée* ; qu'elle vomissait parfois ; *qu'elle se démangeait.*

(1) Lancereaux : *eodem loco,* pages 52 et suivantes.

(2) L. Baumel : *Pancréas et Diabète,* in *Montpellier Médical,* 1881-1882.

Pour notre théorie pancréatique du diabète nerveux, voir le rapprochement établi par nous, dès 1881-82, entre la remarquable expérience de Cl. Bernard sur le pneumogastrique relative au diabète expérimental et celle, tout aussi intéressante et identique d'ailleurs, de Bernstein concernant la sécrétion pancréatique.

La mère avait déjà montré sa fille à deux médecins de la ville ; le premier lui avait dit qu'il s'agissait d'un refroidissement (néphrite) ; le second avait demandé à faire l'analyse des urines, qui fut pour lui *négative*.

Ce dernier, comme les urines étaient absolument décolorées, demanda à la mère si elle ne lui avait pas apporté tout simplement de l'eau de fontaine.

Après ce récit, nous examinâmes, à notre tour, la petite malade.

Nous fûmes tout de suite frappé par l'*œdème* très accusé dont les paupières, les jambes, le dos, les mains étaient le siège.

Nous ne trouvâmes rien au poumon, rien au cœur.

Le pouls était plutôt rare pour un enfant de 6 mois. Il ne donnait que 75 à 80 pulsations à la minute.

Le *ventre était volumineux*, *légèrement météorisé*.

Cet examen terminé, nous procédâmes à l'analyse des urines que la mère avait eu la bonne idée de nous apporter.

Comme coloration, elles ressemblaient à de l'eau de fontaine.

Nous en fîmes une analyse qualitative au point de vue albumine d'abord, elle fut négative.

Nous regardâmes ensuite au point de vue sucre. Sur-le-champ nous n'obtînmes rien. Notre embarras était grand et nous avions conclu à l'existence d'une néphrite aiguë sans albumine (?)

La petite malade et sa mère étaient parties et déjà loin de nous, lorsque nous nous aperçûmes que le tube, dans lequel nous avions mis en présence et chauffé la liqueur de Fehling et l'urine, contenait un *précipité*, peu abondant il est vrai, mais *couleur rouge* brique caractéristique, qui s'était formé insensiblement et, pour ainsi dire, après coup.

Heureusement, cette femme et sa fille vinrent se présenter à la consultation une seconde fois, huit jours après, ce qui nous permit de procéder à un nouvel examen des urines au point de vue du sucre. Le *précipité rouge brique* ne se montra *de nouveau* que deux ou trois minutes après que l'urine et la liqueur de Fehling eurent été mélangées et chauffées.

Nous conseillâmes à la mère d'entrer à l'hôpital avec sa fille pour nous livrer à de nouvelles et plus précises recherches. Elle accepta, mais elle n'entra que huit jours plus tard.

Ce même jour, nous pûmes encore nous rendre compte que l'œdème des paupières, du dos, des mains, des jambes et des pieds était stationnaire.

La polyurie, la polydipsie, les démangeaisons cutanées, persistaient, d'après la mère, avec la même intensité qu'auparavant.

Le 20 décembre 1898, la mère et l'enfant entrent à l'hôpital.

Poids de la fillette, 4 k. 210 gr.

Paupières, dos, mains, jambes, toujours œdématiés ; urines aqueuses, pas de diarrhée, ventre ballonné.

L'examen qualitatif des urines ne donne rien pour l'albumine, mais révèle, au moyen de la liqueur de Fehling, la présence du sucre.

Pas de dents. Signes d'évolution dentaire (salivation, mâchonnements, etc.).

Traitement. — Eau de lactophosphate de chaux à 5 0[0 20 gram. Tétées toutes les 3 heures.

Le 22, les œdèmes ont légèrement diminué ; un peu de bronchite, quelques *vomissements*.

Looch blanc 120 gram., benzoate de soude 60 centigram.

Le 25, *vomissements*, *muguet*, *diarrhée verte*. Les œdèmes diminuent.

Collutoire au borate de soude et miel rosa ââ p. é, potion du muguet (à l'eau de chaux, 90 gram. pour 150).

Précipité rouge brique dans les urines chauffées avec la liqueur de Fehling.

Le 27, œdèmes à peu près disparus. Toujours *précipité rouge brique*. Poids, 4 k. 110. L'enfant a perdu 100 gram. Cette diminution de poids, coïncidant avec la disparition des œdèmes, lui est attribuée.

2 janvier 1899, *toujours précipité rouge brique avec la liqueur de Fehling*.

3, poids 4 k. 165. Augmentation sur la précédente pesée de 55 gram., soit 8 gram. par jour.

5, envoi d'un échantillon d'urine à M. le Dr Moitessier, professeur agrégé de chimie, chef du laboratiore des cliniques, qui répond le lendemain : « L'urine envoyée jeudi, 5 janvier, du service de M. le professeur Baumel contient 1 *gr. 50 de glycose par litre* ».

10, l'œdème des paupières reparaît. *Toujours réaction caractéristique du glycose avec la liqueur de Fehling*.

Poids, 4 k. 270. Augmentation sur la pesée précédente de 105 gr., soit 15 gram. par jour. La polyurie et la polydipsie persistent.

12, œdème des paupières, des jambes et léger œdème du dos des mains.

M. Moitessier, à qui des urines ont été envoyées à nouveau, nous adresse une note ainsi conçue : « L'urine envoyée le 11 janvier au laboratoire contient 1 *gram. de glycose par litre* ».

13, œdèmes continuent ; foie douloureux et augmenté de volume ; gros ventre. La percussion de *l'estomac* est *tympanique*. Cet organe est dilaté. *La percussion profonde est douloureuse suivant une ligne transversale et pancréatique.*

15, œdèmes diminuent. Les deux incisives médianes inférieures sont sur le point de percer la gencive ; elles se voient par transparence.

17, presque plus d'œdème aux paupières supérieures; encore un peu au dos, aux mains et aux jambes.

Poids, 4 k. 390. Augmentation de 120 gr. sur la pesée précédente, malgré la diminution des œdèmes, soit 17 gram. environ par jour.

La liqueur de Fehling est légèrement *réduite*.

21, disparition à peu près complète des œdèmes. Des urines sont envoyées ce jour-là au laboratoire des cliniques.

24, note de M. Moitessier ainsi conçue : « L'urine qui a été envoyée au laboratoire samedi 21 janvier, avec l'indication : Crèche n° 3, A..., *réduit très légèrement la liqueur de Fehling et la liqueur d'Almen* (sous-nitrate de bismuth en solution alcaline). Les essais en vue d'obtenir des cristaux de glucosazone, pour l'identification de la substance réductrice avec le glycose, n'ont pas donné de résultat positif. »

26, œdèmes complètement disparus. *Plus de précipité rouge brique des urines traitées par la liqueur cupro-potassique.*

30, *plus de sucre dans les urines. Les démangeaisons continuent,* tandis qu'il se fait sur tout le corps une *desquamation furfuracée*.

La mère de notre petite malade demande qu'on lui signe son billet. Elle sort ce jour-là de l'hôpital.

Depuis lors, nous avons eu l'occasion de revoir la petite A. B. et de la soigner à plusieurs reprises, d'abord pour une broncho-pneumonie, puis pour une varicelle, enfin tout récemment pour une rougeole dont elle est complètement guérie depuis fin juin 1900. Elle a en ce moment la coqueluche.

La guérison de son diabète est restée définitive jusqu'à ce jour (23 juillet 1900).

Maintenant que nous connaissons l'observation ci-dessus dans tous ses détails, nous pouvons nous poser tout de suite la question de savoir si, chez cette fillette, le pancréas était en cause dans la production de son diabète et comment.

M. Lancereaux (1), dans un article paru, il n'y a pas bien longtemps, dans le journal de clinique et de thérapeutique infantiles, a décrit une forme particulière de diabète sucré chez l'adolescent tenant à une *aplasie pancréatique*.

Il insiste tout spécialement sur cette cause : *l'arrêt de développement du pancréas,* donnant lieu à une forme grave du diabète ; mais du même coup il reconnaît *implicitement* à cette glande digestive un rôle prépondérant dans la production du diabète chez l'enfant.

Comme cet auteur, je suis intimement convaincu que certains cas de diabète de la seconde enfance peuvent tenir à un arrêt de développement du pancréas.

(1) Lancereaux : *D'une forme de diabète sucré des adolescents lié à l'aplasie pancréatique,* juin 1898.

Ce n'est pas une simple hypothèse que j'émets, mon opinion est basée sur l'observation. J'en ai vu moi-même un cas chez un enfant de 13 ans.

Dans notre observation actuelle, nous sommes en présence d'une enfant de 6 mois que nous considérons comme ayant été atteinte de diabète et non de glycosurie, qui n'est, après tout, qu'un diabète atténué. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, il y a des degrés divers dans le diabète sucré.

La glycosurie est au pancréas (je l'ai dit dès 1881-82) ce que l'ictère est au foie. Le pancréas présente deux conduits, le foie un seul. Un de ces deux conduits peut être obstrué partiellement ou bouché complètement, et l'autre être encore perméable.

Rôrig n'a-t-il pas vu, dans un canal collatéral, une pierre qui comprimait le canal principal dilaté et formant un kyste rempli de suc pancréatique ?

Ce que je viens de dire et l'exemple que je viens de citer peuvent expliquer ces divers degrés dans la glycosurie, selon que les deux canaux ou un seul sont obstrués, ou qu'après l'avoir été un certain temps, ils recouvrent leur perméabilité.

Quoi qu'il en soit, c'est la première fois que j'observe le diabète chez un enfant de 6 mois. J'ai voulu, à cette occasion, attirer l'attention sur ce point de pathologie infantile, qui m'a suggéré certaines idées et certaines réflexions que j'ai cru bon de faire connaître.

Nous avons vu qu'il a été noté dans les antécédents personnels de notre malade une *éruption* survenue vers le *quatrième jour après la naissance*, éruption qu'il ne nous a pas été possible de déterminer, n'ayant pas assisté à son évolution.

Cette éruption n'était-elle pas déjà liée à l'existence du diabète ? Celui ci n'était-il pas congénital ?

Peut-on invoquer, dans l'étiologie de ce cas de diabète sucré, l'existence de la chorée chez la mère à l'âge de 16 ans ? Ceci pourrait satisfaire les partisans de l'*hérédité nerveuse* du diabète.

On note encore, chez la mère, un avortement au quatrième mois. Cet accident nous a fait tout de suite penser à l'existence possible de la syphilis, d'autant plus qu'il a'agit d'une fille-mère. Toutefois, nous n'en avons pas trouvé la moindre trace, ni par l'interrogatoire, ni par l'examen direct. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que cette fille-mère n'était pas elle-même diabétique. A aucun moment, nous n'avons trouvé du sucre dans ses urines.

Loin de moi la pensée de nier l'*hérédité diabétique* ; mais je suis d'avis qu'on ne doit l'incriminer que lorsqu'on n'a pas autre chose à invoquer.

Ne peut-il pas y avoir *contagion* quelquefois dans le diabète ? Certains auteurs, M. Teissier, de Lyon, entre autres (1), l'admettent.

(1) Teissier, *La contagion du diabète*. Congrès de Lyon, 1894, p. 99.

Pour mon compte, je crois que dans certains cas une semblable étiologie peut être invoquée, surtout quand le diabète lui-même a été observé à la suite d'une maladie infectieuse.

Demandons-nous maintenant quelle est l'étiologie, quelle est la pathogénie relative à notre cas particulier, et, à ce sujet, faisons un peu de pathologie générale.

Ne voyons-nous pas journellement, chez l'enfant nouveau-né, une tuméfaction de l'une des glandes salivaires, tout simplement parce que, la sécrétion se produisant, l'excrétion n'a pas lieu ?

Dans un autre ordre d'idées, ne voyons-nous pas, également, des nourrices primipares déclarées insuffisantes parce que la sécrétion lactée a une certaine difficulté à s'établir, chez elles, pendant les premiers mois qui suivent l'accouchement, alors qu'un peu plus tard cette sécrétion devient, chez ces mêmes nourrices, très abondante ?

Pourquoi ce qui se passe pour les glandes salivaires et pour les glandes mammaires n'aurait-il pas lieu pour le pancréas, soit par lenteur de développement, soit par imperméabilité momentanée ou définitive des conduits, d'où chimie biologique et digestive anormales par nullité ou insuffisance de la fonction pancréatique ?

D'après moi et depuis longtemps déjà, le diabète ne serait qu'un syndrome pancréatique, au même titre que l'ictère est un syndrome hépatique. Il y aurait donc à rapprocher le diabète sucré des nouveau-nés de l'ictère du même âge.

De plus, le pancréas, après avoir acquis son développement normal, peut s'atrophier pour des raisons diverses, ainsi que j'en ai moi-même rapporté ailleurs plusieurs exemples (gastro-entérite, péritonite, etc.) (1).

Dans notre cas, l'alimentation ne saurait être incriminée, l'enfant ne prenait que le sein de sa mère.

Mais si la cause que nous venons de signaler et qui nous paraît avoir un *rôle prépondérant chez le nouveau-né et dans la première enfance*, ne peut être invoquée dans tous les cas de diabète passager, ne pourrait-on pas faire intervenir dans une certaine mesure l'évolution dentaire, exerçant une influence nerveuse analogue à celle qui est produite dans l'expérience de Cl. Bernard et de Bernstein ?

Ne peut-il pas y avoir excitation du bulbe, de la protubérance, du cerveau même, par l'intermédiaire du trijumeau irrité ?

On comprendrait alors que les terminaisons périphériques dentaires de ce nerf, excitées, puissent exciter à leur tour le centre glycosurique, comme dans la chorée de Sydenham elles vont produire l'excitation motrice du bulbe, de la protubérance et de la moelle.

(1) L. Baumel, *loco citato*.

Dans notre cas, c'est l'évolution dentaire *intra-maxillaire*, la plus pénible par conséquent, qui est en cause.

Notre petite malade, à 7 mois, n'avait pas encore ses premières dents; mais, bien qu'elles ne fussent pas encore sorties, elles évoluaient sûrement dans leurs alvéoles.

Il y a toute une pathologie bulbo-protubérantielle, disons mieux *nervoso-réflexe*, de dentition, dont le cadre ira sans contredit s'élargissant de jour en jour.

Il n'est, par conséquent, pas impossible que l'évolution dentaire elle-même joue un rôle dans la pathogénie de certains cas de diabète sucré.

De bonne heure, grâce à l'idée que je me fis dès les premiers temps de ce cas de diabète survenu dans les circonstances signalées, je le déclarai *curable* devant les élèves de mon service. La suite m'a donné raison.

Cette étiologie une fois admise, il est facile de prévoir quelle sera, en général, la thérapeutique du diabète chez le nourrisson.

Au point de vue du pancréas et dans le but de favoriser ses fonctions et sa sécrétion, les alcalins pourront être sagement et habilement administrés (v. plus loin).

On facilitera l'évolution dentaire par l'emploi des phosphates calcaires (lacto, chlorhydro ou glycérophosphate de chaux).

Comme l'évolution dentaire chez le nourrisson s'accompagne presque toujours de muguet, il sera bon de rechercher systématiquement cette complication et de la traiter par des badigeonnages à l'aide d'un collutoire composé en parties égales de borate de soude et de miel rosat, et par la potion suivante, administrée toutes les trois heures à raison de 2 cuillerées à café dans l'intervalle des tétées :

℞ Eau de chaux....... Eau de laitue.......	à à 60 gr.
Sirop simple...........	30 gr.
Teinture de musc.........	IV gouttes

On s'abstiendra, contrairement à la pratique de bien des médecins, de donner de l'eau de Vichy ; car, à cause de l'acide carbonique libre qu'elle contient, elle engendre facilement la dilatation de l'estomac, si elle n'existe pas, et l'augmente, lorsqu'elle existe déjà.

Si l'on tient, malgré tout, à donner une eau alcaline, on prescrira de préférence l'eau de Vittel (grande source) ou, tout simplement, l'eau de chaux, comme nous l'avons fait dans le cas qui nous est personnel.

L'état nerveux résultant de l'évolution dentaire pourra exiger l'emploi de quelques nervins, du bromure entre autres.

Quant aux cas de diabète infantile qui résisteraient à ces divers traitements, on pourra les traiter par la pancréatine.

On se rappellera toutefois que cette substance est digérée par

l'estomac. Aussi donnera-t-on peut-être un jour la préférence aux injections hypodermiques d'extrait pancréatique, tout en reconnaissant les inconvénients de toute piqûre chez l'enfant, en général, et les dangers qu'elles peuvent faire courir aux diabétiques, en particulier.

LE DIAGNOSTIC DE LA DIPHTÉRIE,

Par DONKIN,

Médecin consultant à Westminster Hôpital.

Le mémoire publié dans le *British Medical Journal* du 29 septembre dernier par le D[r] ANDREWES, sur les rôles respectifs du médecin et du pathologiste dans le diagnostic de la diphtérie, est de la plus haute importance scientifique et pratique. De nos jours, le public intelligent qui suit les progrès de la science et qui s'intéresse aux choses de la médecine, soit au point de vue des affaires publiques, soit à cause de la direction des écoles, est parfaitement au courant des découvertes de la bactériologie moderne. Il est donc nécessaire que les médecins soient très renseignés sur le diagnostic bactériologique de la diphtérie, et qu'ils soient à même d'en « remontrer » encore au public intelligent.

A cet égard, le mémoire du D[r] ANDREWES mérite d'être connu et vulgarisé. Il expose d'abord en détail les raisons pour lesquelles on ne peut pas baser complètement le diagnostic de la diphtérie sur l'examen bactériologique et même sur les inoculations et les expériences de contrôle avec l'antitoxine sur les animaux, puis il adopte cette manière de voir qui a été adoptée par ceux qui ont pris part à la discussion. Dans chaque cas de diphtérie, la responsabilité doit rester au médecin et non au bactériologiste.

Maintenant on ne saurait nier que même depuis l'époque où, à la suite des théories de l'identité du croup et de la diphtérie, et de la nature diphtérique des dépôts membraneux, qui avaient été admises par toutes les écoles, des chercheurs ont fini par trouver le bacille spécifique de la diphtérie, et actuellement il existe une tendance des médecins à faire retomber sur le bactériologiste toute la responsabilité du diagnostic. C'est là pour la moyenne des médecins un article de foi, d'autant mieux que cette manière de voir fait disparaître toutes les difficultés de l'observation clinique. Cette croyance est peut-être attribuable à un louable désir de faire honneur aux nouvelles recherches scientifiques, et probablement aussi à cette tendance de l'esprit humain à éluder les difficultés.

Dans ma pratique personnelle, j'ai eu plusieurs exemples semblables à celui du D[r] ANDREWES, de cas désastreux terminés d'une manière fatale, dans lesquels les médecins s'étaient complètement reposés sur l'examen bactériologique. Sans doute, il est vrai que

le médecin doit souvent venir en aide aux bactériologistes pour les renseigner, et interpréter leur diagnostic : tel est l'avis du Dr ANDREWES : mais les bactériologistes ne sont pas tous aussi philosophes que le Dr ANDREWES. Quelle que soit la cause de l'erreur, on ne doit pas le laisser ignorer, et si un cas méconnu d'abord de diphtérie est reconnu vrai plus tard avec ses conséquences désastreuses, cela est bien plus déplorable que l'erreur opposée qui a pu causer soit la panique, soit même des pertes d'argent, en donnant une fausse alarme de diphtérie. Il serait intéressant de savoir, par exemple, quel dommage a subi ce directeur d'école, dont parle le Dr ANDREWES, et dans l'école duquel plusieurs enfants bien portants furent trouvés par plusieurs bactériologistes être porteurs de bacilles diphtériques. Une école pourrait être ruinée par une pareille erreur, qui ne peut être attribuée qu'à un maître d'école où à un médecin mal informé.

Tout ce mémoire du Dr ANDREWES est à lire par les médecins comme par ceux qui s'occupent des agglomérations d'enfants. Je dois rappeler les expériences, entreprises, en partie sur mon instigation, par ce Dr LISTER dans le service des enfants de l'hôpital de l'Est de Londres. Il retrouva, comme d'autres observateurs, le bacille de Klebs Löffler dans le nez de plusieurs enfants, qui n'étaient et ne furent jamais atteints de diphtérie, et qui s'étaient contentés de renifler ou d'éternuer.

Il faut bien cependant admettre que parfois, dans certains cas, ce facteur bactériologique est important dans la diphtérie, et que cela nous a permis de vérifier, ce que nous soupçonnions déjà, que toutes les angines à fausses membranes ne sont pas diphtéritiques.

Les conséquences pratiques qui découlent de ce mémoire peuvent se formuler ainsi :

1° Les médecins ne doivent pas attendre le résultat de l'examen bactériologique pour soigner tous les cas de diphtérie, dans lesquels les symptômes cliniques auraient fait soupçonner la nature de la maladie, comme à l'époque où l'on ne connaissait pas encore le bacille de la diphtérie.

2° Ils doivent aussi considérer et traiter comme diphtéritiques tous les cas, qui, ne présentant pas les signes cliniques habituels, sont démontrés par l'examen bactériologique être associés aux bacilles dont les produits tuent les animaux en expérience : ici encore il peut y avoir erreur, mais elle n'aurait pas de conséquence.

3° La simple présence de bacille (dans le nez ou ailleurs) qu'on ne peut morphologiquement distinguer du bacille diphtéritique pur, les sujets étant bien portants et l'inoculation restant négative, peut probablement être ignorée dans la pratique, et de même tous les résultats bactériologiques négatifs des cas dans lesquels

on ne retrouve pas les symptômes vrais de la maladie. En résumé, le diagnostic de la diphtérie doit toujours être basé sur la clinique, et ce n'est qu'accessoirement et à la suite d'un judicieux examen qu'il doit s'appuyer sur l'examen bactériologique (1).

HYGIÈNE PRATIQUE

L'ÉDUCATION PHYSIQUE AU JAPON (2)

Par le Dr M. YAMANE, de Tokio,

Médecin en Chef de la Préfecture de Police de Tokio,
Délégué au XIIIe Congrès international de Médecine de Paris,
Délégué spécial de l'Association pour l'Education physique.

Depuis une trentaine d'années, et par suite de circonstances particulières, le développement de l'éducation physique, spécialement de la gymnastique, a été un peu négligé au Japon ; il ne s'est réellement dessiné que depuis ces dix derniers ans, grâce à l'intervention de différents hauts personnages qui, pour la plupart, ont achevé leur éducation dans les pays étrangers, et qui, éprouvant sur eux-mêmes l'influence bienfaisante de l'éducation physique, se sont employés avec une persistance et une ténacité aussi énergique que louable, à l'organisation d'un nouveau système d'éducation physique. En effet, depuis dix ans, ce nouveau mode d'éducation a pris dans notre pays un essor et un développement considérables. Les résultats obtenus sont merveilleux sous tous les rapports, aussi bien dans la gymnastique nationale — dans laquelle mes compatriotes excellaient de tous temps, — que dans celle de la gymnastique rationnelle, introduite d'après la méthode européenne.

Avant d'entrer dans les détails de notre organisation actuelle, je me permets de vous exposer nos jeux nationaux populaires et guerriers, pratiqués depuis bien longtemps chez nous, et qui, comparés aux jeux populaires de l'Occident, ont une très grande analogie avec ceux-ci.

Il y a à peu près trente ans, il n'existait au Japon que deux classes : les paysans et les guerriers ; ces derniers représentaient une classe privilégiée. Le paysan, cultivateur, uniquement occupé à faire produire sa terre, n'avait, bien entendu, aucune idée de ce qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui une éducation physique ; le guerrier, au contraire, en raison de son état, portant deux sabres à la fois, ainsi que d'autres armes de cette époque, les manipulant continuellement, exerçait déjà,

(1) *British Med. Journal*, 3 nov. 1900.

(2) Communication au Congrès international de l'Education physique. Paris, août-6 septembre 1900.

par la nature de son métier, une espèce de gymnastique, ou plutôt un exercice musculaire et d'adresse, qui développait considérablement sa force physique.

Les exercices, avec ces différentes armes, sont pratiqués au Japon depuis plus de 1200 ans; comme l'Europe au moyen âge, le fléau de la féodalité, les chevaliers : chevaliers errants, chevaliers brigands, chevaliers agresseurs de grands chemins, chevaliers guerroyants avec leurs voisins ; cette caste de noblesse dont la devise était : *la force prime le droit*, mon pays la connaissait avant BISMARCK, tout comme les bons chevaliers des temps anciens dans l'Occident.

Ces chevaliers avaient toujours sous leurs ordres, et tenaient dans une dépendance absolue, des guerriers qui les accompagnaient partout lorsqu'il fallait distribuer plaies et bosses ; mais lorsqu'il régnait un semblant de paix, ces guerriers s'exerçaient continuellement en jouant avec leurs armes, acquérant par ces exercices une adresse souvent merveilleuse.

Le paysan, qui n'avait aucun droit, considéré à cette époque comme une bête de somme, bon tout au plus à labourer la terre, et à procurer le superflu à la noblesse de ces temps heureusement passés, restait en arrière, pour ne pas dire atrophié, dans le développement physique. Eux aussi s'exerçaient à certains jeux nationaux, jeux très innocents, dont le but n'était pas précisément le développement des forces physiques, mais plutôt un délassement, une distraction à leurs pénibles travaux journaliers, à leurs soucis de s'acquitter envers leurs maîtres exigeants, aussi bien qu'envers l'Etat qui les rançonnait à plaisir.

Tout autres étaient les guerriers. Lorsque la paix régnait pour quelque temps, ils s'exerçaient avec leurs armes : sabres, lances, hallebardes, arbalètes, comme à des jeux. Les femmes, même dans la noblesse, jouaient avec une espèce de glaive court, large, courbé, à pointe arrondie, attaché à un long bâton, cherchant à se toucher mutuellement, exercice qui exigeait, outre une grande adresse, une certaine force physique.

A cette époque, le jeu de balles, qu'on appelle aujourd'hui « football », existait déjà chez nous depuis bien longtemps. Les Anglais s'attribuent l'invention de ce jeu innocent, invention de bien peu d'importance, il est vrai ; cependant je crois pouvoir affirmer qu'ils ont usé de simple contrebande, en exportant de chez nous ce petit article de notre invention, qui fait fureur chez les belles Anglaises. Je tiens à cœur de réclamer la priorité de l'invention de ce jeu pour mon pays, en vertu du proverbe « rendez à César ce qui est à César ». En revanche, je n'aurai jamais le courage de disputer aux ingénieux Anglais les inventions de tant de merveilles dont ils sont les auteurs, pas même l'invention de leurs succulents beefsteaks, si appréciés. D'ailleurs, tous les étrangers — et ils sont aujourd'hui légion — qui ont honoré le

Japon de leur visite, ont pu se convaincre facilement « de visu » que nos Japonais sont passés maîtres dans ce jeu-là.

Les luttes corps à corps étaient, et sont encore aujourd'hui, en grand honneur au Japon, voire jusque dans les classes les plus inférieures. Ces luttes sont de deux sortes :

1° Les luttes ordinaires, comme en Europe : deux lutteurs se prennent corps à corps, et cherchent à se « tomber » réciproquement, mais de façon à toucher la terre avec les deux épaules; ces luttes, comme l'on sait, exigent de grands efforts, sans supercherie et sans trucs, en conséquence un véritable développement de force musculaire.

2° La deuxième manière de lutter est déjà plus compliquée et partant plus dangereuse.

BOSTON MEDICAL OCT 3 1902 LIBRARY

Les deux lutteurs se prennent mutuellement par le cou, et avec un déploiement d'efforts inimaginables, cherchent à s'enlever en l'air et, par un effort suprême, à projeter leur rival par-dessus leur tête ; ces luttes, moins violentes que les autres, ont parfois une issue fatale par suite de suffocation.

Il existe encore une troisième lutte, aussi dangereuse que la seconde, et exigeant une énorme somme de force physique; voici en quoi consiste cette troisième lutte : l'un des lutteurs se couche de tout son long sur le dos, pliant ensuite les deux jambes de façon que les deux genoux soient en l'air ; le second champion, qui lutte pour la résistance, se place entre les deux genoux, de façon que ces derniers embrassent les reins du second lutteur; or, ce dernier doit employer tous ses efforts à ne pas se laisser étreindre comme dans un étau, cherchant à tenir écartés les deux genoux de son adversaire ; mais celui-ci, à son tour, s'il en a la force, serre toujours de plus en plus les genoux, jusqu'à ce que l'autre, à force d'être enserré, perde la respiration ; à ce moment, nécessairement, le lutteur couché sent une détente, comme un affaiblissement de son rival ; c'est à ce moment-là que, par un suprême effort des genoux, il le soulève et le jette comme une masse inerte par-dessus sa tête, loin de lui.

Nous avons encore un autre genre de lutte : les deux rivaux emploient toutes les ruses pour s'emparer mutuellement de leurs mains ; celui qui réussit, s'efforce, tandis que l'autre se défend, de lui tourner et de lui infléchir le bras, mais toujours en le serrant par un seul poignet, de manière que le plus fort tourne le bras de son adversaire par inflexion sur le dos, l'immobilisant complètement et restant ainsi vainqueur. A ce jeu aussi, il faut non seulement une grande adresse, mais surtout, et en première ligne, une grande force de bras et une énorme résistance des jambes.

Toutes ces luttes violentes furent l'apanage des guerriers ; ils se prodiguaient dans ces exercices devant leurs chefs et une galerie de guerriers qui les encourageaient et les surexcitaient par des

cris et des applaudissements ; mais le but principal était de les entraîner pour les batailles à venir, à cette époque où les luttes corps à corps étaient très fréquentes.

La lutte à l'aviron, — aujourd'hui le sport du canotage — est aussi très ancienne au Japon ; il en est de même des exercices du cheval ; entre autres exercices je citerai le suivant : un cavalier armé de l'arbalète et du carquois galope ventre à terre, chassant devant lui un chien affolé ; il arme son arbalète, ajuste la bête et la blesse, toujours en galopant.

Il y a ensuite le jeu de balle à cheval : 10 cavaliers habillés de rouge et 10 cavaliers habillés de blanc, munis de longs bâtons, cherchent à attraper la balle lancée ; les rivaux se créent mutuellement des obstacles inouïs, toujours galopant, et essayant d'attirer la balle de leur côté avec le bâton. Un autre jeu s'exécute avec des bâtons très gros et d'une longueur d'un mètre 1[2], qui sont manipulés par deux concurrents, comme les escrimeurs en Europe avec l'épée ou le sabre, jusqu'à ce que l'un des deux rivaux reste désarmé ; ce jeu était très répandu et l'est encore aujourd'hui.

La natation est un exercice très en honneur dans tout le Japon, et on exécute, dans ce genre, de vrais prodiges de force. Ainsi, par exemple, on se précipite dans l'eau de très grandes hauteurs, on s'habille et on se déshabille dans l'eau ; d'autres plus forts se couvrent d'une espèce de cuirasse en fer, et avec une adresse merveilleuse, non seulement ils se maintiennent sur l'eau, en nageant, mais ils se soulèvent jusqu'à mi-corps en dehors de l'eau et marchent dans l'eau de cette façon, comme avec une planche sous leurs pieds ; ce n'est que par un énorme développement de force dans les jambes qu'ils réussissent ce tour de force.

Le tir est aussi un jeu très populaire ; on l'exécute avec l'arbalète, qu'on tend avec une très grande force pour tirer à la plus grande distance possible dans les courses de vitesse. Je crois que les Japonais sont les premiers du monde dans cet exercice, et comme preuve je citerai nos petits « djirinkshas », ces petites voitures gracieuses à deux roues, qu'on voyait à l'Exposition, avec deux brancards, au milieu desquels un Japonais s'attèle en guise de cheval, faisant toute la journée et tous les jours des courses exactement comme un cheval, sans jamais se fatiguer. Au Japon, on emploie communément ce mode de transport, et même pour de longs voyages ; dans les villes, ces coureurs sont payés à la course, à la journée, selon un tarif établi par le gouvernement, exactement comme les fiacres en Europe. Ces coureurs, vraiment infatigables, sont d'une endurance extraordinaire.

Le jeu de la corde est aussi un jeu populaire, destiné à éprouver la force des bras. Chacun des deux rivaux prend le bout d'une corde assez grosse, et l'enroule autour du poignet ou du bras ; les plus grands efforts sont déployés pour attirer le rival de son

côté ; parfois la résistance est si désespérée, que la corde se casse, malgré sa grosseur.

Les filles et les garçons s'amusent le plus souvent avec des papillons en papier, ou des toupies en bois, qu'on fait marcher avec le fouet.

Les jeux de balle sont le grand amusement des enfants. Les balles sont en soie ou fabriquées avec de la corde, et les enfants jouent avec, dans les poses les plus fantastiques et les plus ridicules. Assis sur les deux jambes, ils les poussent ou plutôt les lancent tantôt avec un pied, tantôt avec l'autre, enfin avec la main ou les deux mains à la fois, encore avec un pied et une main ; les enfants jouent parfois à la balle avec une adresse étonnante.

Le jeu de sauter à la corde, agrémenté de mille tours d'adresse, est un jeu très aimé des filles, ainsi que le colin-maillard, le cerceau, la raquette, les petits jeux icariens, c'est-à-dire 4 à 5 petites balles lancées l'une après l'autre, de façon qu'elles se suivent en rond, et toujours attrapées avec la main.

Mais le jeu national par excellence, et que les enfants, et même les adultes cultivent avec une véritable passion, c'est le jeu des cerfs-volants. C'est à Nagasaki que se trouvent les grands maîtres de ce jeu. Ainsi, par exemple, deux rivaux laissent filer au bout d'une longue corde deux cerfs-volants, admirablement peinturlurés des couleurs les plus vives, aussi haut que possible ; quand les deux cerfs-volants se sont pourchassés l'un l'autre comme pour s'entraîner mutuellement, alors commence la phase la plus intéressante : les deux champions restent immobiles, et ne dirigent leurs cerfs-volants qu'avec le bout de leurs doigts ; le moindre mouvement du doigt les éloigne, les rapproche à chaque instant ; le but est qu'un des cerfs-volants monte sur l'autre, et s'il réussit, le champion qui tient son cerf-volant au-dessus de l'autre, mais à plat, avec un mouvement rapide comme l'éclair, lui imprime une secousse violente, et celui de dessus descend avec l'autre sans lâcher celui de dessous, et la victoire est décidée. Il faut une grande habileté et du savoir-faire pour arriver à cette perfection et sortir vainqueur ; la plupart du temps, la victoire reste indécise, et se borne à un jeu de coquetterie entre les deux cerfs-volants qui se touchent, se quittent, se rapprochent, s'éloignent, employant toutes les ruses pour tomber l'un sur l'autre, et ce jeu est un spectacle infiniment gracieux, mais surtout très-amusant.

Nous avons encore un autre jeu de bâtons, soit en fer, soit en bois. Une barre en fer, longue d'un 1/2 pied, pointue, est enfoncée dans la terre de toute la force du bras, par un joueur ; l'autre, armé d'une barre exactement semblable à celle de son concurrent, s'efforce d'enfoncer sa barre si près de l'autre que cette dernière doit se renverser, ce qui exige une réelle habileté et une assez grande force. Le même jeu est joué dans les campagnes avec des bâtons en bois d'un pied et demi de long. Celui qui

renverse le bâton profondément enfoncé dans la terre reste vainqueur ; ici le joueur doit employer son habileté à ne pas rompre son bâton. Le vainqueur de plusieurs de ces bâtons en bois les rapporte en triomphe chez lui, où, au bruit des éclats de rire et des plaisanteries des assistants, on allume un feu de joie.

Ainsi, comme je l'ai déjà fait remarquer, si, il y a encore trente ans, notre éducation physique laissait à désirer sous bien des rapports, en revanche, depuis une dizaine d'années, sous l'impulsion de hauts personnages très éclairés, sous les auspices et la protection de notre auguste maître et empereur, celle de notre gouvernement, enfin par le contact, les communications toujours plus faciles et plus suivies avec l'Europe, le Japon a accompli dans ce court espace de temps bien des progrès dans la civilisation, soit sciences politiques, sciences économiques et financières, sciences en général, mais surtout dans le domaine de l'instruction populaire et générale, et en première ligne, dans l'éducation morale et physique du peuple. Sans être taxé d'exagération et sans vanité, je crois pouvoir affirmer, si on veut bien considérer le court espace de temps écoulé depuis l'introduction des innovations et le progrès réalisé chez nous, nous avons, je crois, un certain mérite d'être arrivés au point où nous sommes actuellement. Je saisis ici avec plaisir l'occasion qui se présente d'exprimer ma reconnaissance très sincère à nos maîtres les Européens à qui nous devons tout, et dont nous resterons débiteurs de nos progrès, puisque nous nous modelons d'après leur image et leur exemple. Cependant, ce n'est pas tout toujours d'introduire les progrès et les améliorations dans un pays arriéré, il faut la collaboration et l'esprit du peuple même, susceptible de comprendre ces innovations, qui ne sont pas toujours faciles à introduire, exemple : les Chinois nos voisins. — Notre mérite aura été d'avoir vite compris la valeur des progrès et les bienfaits de la civilisation, et nous nous y sommes attachés résolument, avec l'espoir et la decision bien arrêtée de nous mettre aussi rapidement que possible au niveau des autres nations civilisées.

Notre devise est et restera : « En avant et toujours en avant ! » jusqu'à ce que nous ayons atteint le but, qui est celui de marcher avec les Européens du même pas ; et nous marcherons, veuillez le croire, avec conviction et persistance.

Dans l'exposé présent, je ne veux traiter que les progrès très rapides dans le domaine de l'éducation morale, physique et hygiénique de notre population japonaise.

Depuis quelques années, le service militaire, obligatoire pour tout le monde, sans la moindre exeeption et sans distinction de classes, a été introduit chez nous ; tout le monde est soldat : princes, ducs, comtes, barons, paysans, doivent servir la patrie ; en conséquence, tous les privilèges dont jouissaient les classes guerrières ou nobles ont été ainsi supprimés, et toutes les classes ni-

velées. Tous sont égaux devant les lois; et les lois, je puis vous l'affirmer, sont très sévèrement observées et exécutées A la suite de cette « *Egalité* » et « *Légalité* », notre peuple secouait sa longue apathie, et c'est avec une admiration universelle qu'en Europe même on a constaté l'élan irrésistible de tout le peuple japonais, du plus haut jusqu'au plus bas de l'échelle sociale, avec quel enthousiasme il a salué les innovations et les progrès, et s'y est attaché sans arrêt, sans opposition, sans révolution, parce que le peuple avait la compréhension, le sentiment du bien de ce progrès, et que le salut de son existence comme nation, et son avenir, sa force, sa richesse, résidaient précisément dans la civilisation, le progrès, l'éducation, l'instruction, pour se mettre au niveau des autres nations civilisées, afin d'être respecté à son tour. C'est là que tendent tous nos efforts, et j'ai la certitude que nous y parviendrons.

Pour ne parler que de notre éducation physique, je mentionnerai notre association de Gymnastique, une des associations les plus considérables de notre pays, la « *Taï Ykukaï.* »

Cette association fut fondée en 1890, au 24e Médji (1), par un de nos philanthropes les plus populaires, du nom de «*tokitiro hytaka*», ancien sous-officier. Grâce à sa grande intelligence, il occupe aujourd'hui un poste très élevé, très considéré, et est généralement très populaire.

Mais avant de parler du développement considérable de cette association et de son but, permettez-moi de vous donner quelques explications sur notre système d'instruction intellectuelle des masses populaires, qui feront mieux comprendre notre système d'éducation physique.

Au Japon, le Ministère de l'Instruction publique est le département le plus important. Toutes les écoles, sans distinction, dépendent de lui. Toutes les écoles, les lycées, universités, écoles privées de toutes sortes, les établissements d'enseignement doivent être autorisés par le Ministre de l'Instruction publique et sont inspectés chaque semaine par des inspecteurs directement nommés par le Ministre. Ils doivent présenter des rapports et des comptes rendus très minutieux sur chaque école inspectée, tant au point de vue de l'instruction, qu'à celui de l'hygiène.

Chaque ville est divisée en plusieurs arrondissements (comme en Europe); chaque arrondissement, selon le nombre d'habitants, est obligé d'entretenir à ses frais 2, 3, 4 écoles élémentaires, écoles construites dans le style le plus moderne, avec toutes les exigences de l'hygiène, pour garçons et filles.

(1) « Médji » signifie le nouveau calendrier de l'année ; chaque fois qu'un nouveau souverain monte sur le trône, cette époque reçoit une nouvelle dénomination, comme par exemple: « Keo. Genzi Bunchio, etc., etc. »
Le calendrier nouveau, depuis le règne du souverain actuel, porte le nom « Médji », comme ci-dessus.

Les parents des enfants paient une taxe modérée pour l'instruction ; les enfants absolument pauvres ne paient rien.

Cependant les livres, les accessoires pour écrire, tels que papier, crayons, plumes, etc., sont fournis par les élèves eux-mêmes, qu'ils soient riches ou pauvres.

Chaque école possède une salle ou un préau — utilisés selon la saison — pour la gymnastique, les exercices obligatoires, plusieurs fois par semaine.

La gymnastique fait partie intégrante du programme des études. Ceux ou celles qui, par leurs aptitudes et leurs excellentes études, désirent fréquenter les écoles supérieures, doivent produire des certificats d'études de l'école élémentaire, où la gymnastique est classée comme n'importe quel autre euseignement, comportant le nombre de points nécessaire ; sans ce certificat d'études de l'*école élémentaire* l'élève n'est admis nulle part.

Dans les écoles supérieures, en dehors de la gymnastique réglementaire, on enseigne aussi les exercices militaires, notamment le tir à la cible. C'est pourquoi aussi les Japonais, en général, sont de bons tireurs. Outre les écoles élémentaires et gouvernementales, il existe encore un grand nombre d'écoles privées, pensions, etc., etc., mais aucune n'est ouverte qu'avec l'autorisation du gouvernement, et elles sont également soumises à l'inspection des fonctionnaires du ministère de l'Instruction publique.

Notre système d'instruction, comme vous pouvez en juger d'après ce qui précède, se rapproche beaucoup de celui des Européens, à quelques petites différences près, comme, par exemple, la gratuité de la fréquentation des écoles. Il est bien compréhensible que le mode d'instruction a dû être adapté aux mœurs et coutumes du pays, comme c'est l'habitude d'ailleurs dans tous les pays; mais la base reste toujours la même et sensiblement celle de l'Occident.

(*A suivre.*)

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Epingle enclavée dans l'appendice iléo-cœcal.— M. Haushalter a présenté à la Société de médecine de Nancy (1) la région iléo-cœcale de l'intestin d'un enfant de 8 ans, mort de tuberculose. On voit sur cet intestin des lésions banales de tuberculose ulcéreuse. Le fait intéressant réside en ce que l'orifice de l'appendice dans le cœcum est obturé par une grosse épingle dont la pointe fait une saillie de près d'un centimètre dans le cœcum ; la partie

(1) Séance du 14 novembre 1900.

de l'aiguille comprise dans l'appendice est encrassée d'une couche assez épaisse de matières blanchâtres fermes et adhérentes, paraissant constituées par des concrétions calcaires. Dans l'appendice, on voit une grande ulcération tuberculeuse; il n'existe aucune trace d'appendicite récente ou ancienne.

Cependant il existait là une cavité close, et de plus, des ulcérations de la muqueuse appendiculaire, conditions que l'on considère, dans bien des cas, comme capables de provoquer le retour à la virulence des microbes enfermés dans la cavité, et par là l'appendicite.

Cerveau d'un enfant mort de méningite à pneumocoques. — M. Haushalter a présenté à la Société de médecine de Nancy (1) le cerveau d'un enfant de quelques mois, mort de méningite à pneumocoques. Sur les deux hémisphères, au niveau des régions postérieures du cerveau, on voit des îlots bien limités de méningite suppurée; les régions antérieures du cerveau sont respectées.

Ce cas répond à une « forme en foyers localisés » de la méningite à pneumocoques. M. Haushalter pense que l'on peut expliquer certains cas d'hémiplégie infantile, unie ou bilatérale, par la présence de plaques de méningite chronique et de symphyse cortico-méningée, que laisseraient à leur suite des îlots restreints de méningite pneumococcique cantonnés aux régions fronto-pariétales, dans les cas où la guérison de l'infection pneumococcique générale ou locale aurait pu se produire.

Sur l'anesthésie hystérique. — M. Bernheim, à la même séance, a fait une communication sur l'anesthésie hystérique et son mécanisme psychique, dont voici les conclusions:

1° L'anesthésie hystérique est purement psychique; ses caractères sont identiques à ceux de l'anesthésie créée par suggestion.

2° Elle est beaucoup moins fréquente que les auteurs ne le disent. Elle se développe artificiellement par imitation ou suggestion médicale inconsciente.

3° Elle est toujours justiciable de la psychothérapie, bien que souvent longtemps rebelle.

4° Elle peut avoir une origine organique, constriction ou paralysie vaso-motrice, et être conservée, le trouble vasculaire disparu par auto-suggestion.

5° Les impressions sensitives sont perçues et conscientes; mais l'esprit, envahi par l'idée de l'anesthésie, fait inhibition et efface la sensation, aussitôt que perçue, en en faisant l'amnésie.

Pronostic éloigné des psychoses de la puberté (2). — Dr A. Cullerre. —L'accès de folie, chez l'adolescent, guérit; mais comment

(1) Séance du 16 octobre 1900

(2) XIII° Congrès international des Sciences Médicales. — Paris, 1900. — Section de psychiatrie.

se comporte ultérieurement la tare constitutionnelle dont il est la première manifestation?

J'ai réuni 120 observations de psychoses de la puberté chez des sujets de 15 à 18 ans (53 garçons, 57 filles), qui peuvent se classer, au point de vue de l'évolution, en six groupes :

1° *Morts* dans le cours du premier accès, 3 cas.

2° *Démences précoces*, 33 cas. La démence précoce s'est produite chez 18, dès le premier accès; chez 9, dès le second; chez 2, à la suite du troisième. Dans 4 cas, l'accès a dégénéré en folie systématisée secondaire, avec affaiblissement mental.

3° *Folies périodiques*, 20 cas. Toutes les formes y sont représentées.

4° *Récidives à échéances variables*, 25 cas. Ces récidives sont le plus souvent bénignes et espacées. C'est le groupe le plus favorable au point de vue du pronostic éloigné.

5° *Folies avec conscience* (obsessions et impulsions), 9 cas. La folie avec conscience dure en général la vie entière.

6° *Malades perdus de vue après le premier accès*, 30 cas. L'aspect clinique du premier accès observé permet de les confondre, au point de vue du pronostic éloigné, avec les sujets des groupes précédents.

En résumé, les faits précédents tendent à établir que : si *le pronostic de l'accès*, dans la folie de la puberté, est favorable dans l'énorme proportion de 79 pour cent, *le pronostic éloigné* de la maladie est des plus sombres. L'individu qui *guérit* de cette sorte de psychose est voué pour l'avenir aux récidives, à la démence précoce, aux retours agressifs de la folie des obsessions.

Le sort le moins triste qui puisse lui échoir est de voir ses inévitables rechutes réduites à un nombre et largement espacées au cours de son existence, avec de longues périodes intercalaires de santé psychique plus ou moins normale.

Death from an insect bite (1). — (*Mort à la suite d'une piqûre d'insectes.*) — Moore. — Une petite fille de 8 ans avait été mordue par un insecte sur le côté droit du nez et probablement aussi dans l'orbite. Elle présentait de la rougeur et du gonflement du nez, de la chute de la paupière et un chemosis très marqués. Le jour suivant, son état empira : le gonflement avait envahi le front, l'autre œil descendait dans tout le côté droit du cou. La température dépassait 40°, le pouls battait plus de 200 et n'était pas senti au poignet. Elle avait des soubresauts des muscles des membres et du cou, des contractures, de la photophobie, en un mot, tous les signes de la méningite. Je l'envoyai à l'hôpital, où elle mourut d'un arrêt du cœur.

A l'autopsie, on constata un premier foyer d'infection à la partie interne et inférieure de la paupière droite (ulcération, mor-

(1) *British Med. Journal* 1900.

sure ou piqûre). Quelques gouttes de pus dans la conjonctive avoisinante. L'inflammation avait gagné le tissu cellulaire de l'orbite et la peau du front. Il n'y avait, contrairement aux prévisions, aucun signe de méningite ; mais, dans le poumon gauche, on trouva plusieurs infarctus purulents récents, un abcès sous la plèvre et un peu d'épanchement. Il existait aussi de la péricardite séreuse. La culture du sang dénota une infection septicémique générale par le staphylococcus pyogenes ou aureus.

Ce cas est remarquable par le développement rapide d'une septicémie qui a succédé à un accident banal. La dissémination du staphylocoque a dû se faire dès le debut, car il n'a fallu que deux jours et demi pour déterminer la mort.

CHIRURGIE INFANTILE

Pied-bot valgus congénital avec atrophie de la jambe. — M. Frœlich a présenté à la Société de médecine de Nancy une petite fille de trois mois atteinte de pied-bot valgus congénital avec atrophie congénitale de la jambe.

A la naissance, le pied était en valgus talus, le dos du pied relevé contre la face antérieure et externe de la jambe et logé dans une dépression de cette dernière.

La plante du pied est convexe et très allongée, le talon saillant. Les orteils sont en syndactylie complète, sauf le pouce. L'atrophie du pied et de la jambe par comparaison au côté sain est notable. Le pied malade a une circonférence de 5 cent. et une largeur de 6 cent. ; le pied sain, 10 et 9. La jambe malade a une circonférence de 7 cent. et une longueur de 8 cent., la jambe saine a 12 et 10. Le genou est légèrement plié par rétraction des muscles. Le tendon d'Achille est saillant et luxé en dehors.

Rien comme antécédents, sauf un frère atteint de bec-de-lièvre.

Les auteurs allemands, Küstner entre autres, décrivent le pied valgus congénital comme pied plat congénital ; il n'y a là qu'une question de mots, l'une et l'autre appellation ayant ses raisons d'être.

Le pronostic du cas particulier dépend du pied-bot valgus d'une part et d'autre part de l'atrophie.

Le pied et la jambe atrophiés se sont développés depuis la naissance ; ce développement continuera et la différence entre les deux membres ne s'accentuera pas. Quant à la déviation en valgus et en talus, le redressement méthodique et la fixation par une attelle externe en feutre ont déjà notablement redressé le pied. Ce traitement a donc des chances d'amener le pied dans la rectitude, dans quelques mois.

L'intérêt de cette observation réside dans la rareté du pied-bot valgus ou pied plat congénital et dans la rareté plus grande

encore de l'atrophie notable concomitante du pied et de la jambe.

Taille hypogastrique avec suture totale de la vessie à un seul plan (1). — M. MICHAÏLOWSKY (de Sofia). — J'ai pratiqué la taille hypogastrique avec suture totale de la vessie chez 28 sujets atteints de calculs, dont 22 enfants de 2 à 16 ans et 10 adultes ; dans 20 cas, j'ai eu recours à la suture de la vessie à un seul plan (procédé d'Holsted), dans les 10 autres à la suture en deux plans à la Lembert ; 2 des opérés ont succombé : l'un de péritonite, le second avec signes d'anurie.

Des 26 autres, 23 ont guéri par première intention, 2 ont présenté pendant quelques jours une légère infiltration d'urine ; une seule fois on a dû rouvrir la vessie chez un petit hémophile ayant présenté une hématurie assez grave pour mettre sa vie en danger.

La technique opératoire ne présente aucun point spécial ; je fais la suture de la vessie avec de la soie n° 2, celle de la paroi avec deux étages de soie n° 4 ; je mets une sonde à demeure et la laisse un temps variable, suivant la tolérance du canal.

Tous ces calculs étaient primitifs, la plupart uriques, quelques-uns oxaliques.

Chez les enfants, le diagnostic est rendu difficile par l'insubordination des enfants pendant l'examen local : on doit souvent recourir au chloroforme. Les meilleurs renseignements sur la forme, le volume, le nombre des calculs sont fournis par le toucher rectal.

Influence de la section et de la résection totale et bilatérale du sympathique cervical sur la croissance (1). — JONNESCO et N. FLORESCO. — Les expériences ont été faites sur 10 cobayes de trois portées ; une portée de 3, l'autre de 5 et une dernière de 2 petits ; elles ont été suivies pendant 100 jours. — Les trois cobayes d'une portée présentent un cobaye témoin, un cobaye au sympathique sectionné des deux côtés, et un troisième cobaye avec la résection bilatérale et totale du nerf.

Le développement du cobaye témoin présente des semaines critiques qui correspondent aux IX, X, XI et XIV semaines, et dans les rapports de la différence du poids et de divers jours, il y a deux phases de diminution successive de 7 à 28 jours et de 60 à 90 jours, interrompus par des rapports plus grands de 28 à 60 jours. Dans l'accroissement régulier du développement, il y a deux diminutions qui correspondent aux 14e et 22e jours.

L'augmentation du poids total, pendant le premier mois, est

(1) XIIIe Congrès international des sciences médicales, Paris, 1900.

de 4 gr. 2 par jour ; de 3 gr. 7 par jour le second mois, et de 3 gr. par jour le troisième mois.

Le développement du cobaye aux sympathiques sectionnés s'approche, avec de petites différences, du développement normal.

Le développement de l'animal avec la résection totale et bilatérale du sympathique cervical, en comparaison avec la croissance des autres cobayes, montre qu'il y a deux semaines critiques : la Ve et la XIe ; mais les rapports n'arrivent jamais au minimum de développement, comme dans la croissance de l'animal normal, et avec la section bilatérale du sympathique cervical : le développement arrive à son maximum au 16e jour, pour diminuer graduellement jusqu'au 36e jour, puis il y a alternance de grands et de petits rapports. L'augmentation du poids total pendant le premier mois est de 6,2 par jour : pendant le 2e mois, l'augmentation n'est que de 5 gr. 9 par jour, et le 3e mois tombe à 5 gr. 5 par jour. Le poids de l'animal est de 532 gr., et il a dépassé de 218 gr. le poids de l'animal normal.

Donc la résection bilatérale et totale du sympathique cervical accélère la croissance.

L'étude des dimensions, du poids et du volume de chaque organe isolé du cobaye normal, du cobaye aux sympathiques cervicaux sectionnés ou réséqués nous montre que :

1° Le foie, les glandes sous-maxillaires et les reins se développent normalement ;

2° Le corps thyroïde et les capsules surrénales accusent une hypertrophie ; il y a connexion dans le développement de ces organes ;

3° L'appareil digestif, l'appareil respiratoire, le cœur et les organes génitaux se développent plus que chez l'animal normal. Cette hypertrophie est balancée par l'arrêt qui survient dans le développement de la peau, du système musculaire, du système nerveux, et probablement aussi du système osseux.

4° Il y a production abondante de graisse.

Du traitement de l'appendicite (1). — Sorel. — Des observations publiées dans ce travail, je conclus :

1° Il y a des attaques d'appendicite qui se terminent par la résolution.

2° Cette terminaison heureuse a lieu le plus souvent à la suite de la première attaque.

3° Mais il n'existe aucun signe au début, permettant de distinguer les cas qui se terminent par résolution de ceux qui aboutissent à la formation d'abcès ou à une perforation avec péritonite

(1) Section de chirurgie générale du XIIIe Congrès international de médecine. — Paris, 2-9 août 1900.

4° Aussi nous estimons qu'en présence des premiers signes d'une appendicite, il faut opérer sans retard.

5° L'opération précoce assure la guérison de l'attaque et permet en même temps de faire très simplement la cure radicale.

Les méthodes de sécurité dans le traitement opératoire de l'appendicite (1). — P. Thiéry (de Paris) présente quelques considérations sur un procédé encore peu connu de résection de l'appendice à froid, appuyées d'une statistique de 30 cas, opérés depuis 1895, en dehors du service des hôpitaux, avec 29 succès.

En ce qui concerne l'appendicite suppurée, avec foyer localisé, l se contente d'inciser l'abcès et de le drainer, et ne résèque l'appendice que s'il se présente d'emblée au chirurgien.

Puis, parlant de la résection à froid de l'appendice, l'orateur insiste sur la complication fréquente de péritonite aiguë secondaire, par l'insuffisance de la technique destinée à oblitérer le moignon appendiculaire. Il fait aux différents procédés généralement employés, le reproche de la rupture possible d'une suture intestinale, et préconise un procédé spécial, qui ne lui a donné jusqu'ici aucun insuccès, et dont voici la technique opératoire :

L'abdomen ouvert, l'appendice saisi et attiré à l'extérieur, après libération de son méso, est, *dans un premier temps*, fixé aux lèvres péritonéales par quatre fils cardinaux passant dans l'épaisseur de ses parois ; le reste de l'incision péritonéale est fermé par un plan de sutures, de préférence au catgut.

Dans un deuxième temps, aucune communication n'étant plus à craindre avec la cavité péritonéale, l'appendice est, après la ligature de sa base, réséqué sans danger, avec ou sans suture séro-séreuse du moignon.

Enfin le troisième temps comprend le drainage de la plaie et la suture des parois.

La guérison est, ou complètement aseptique, ou, le plus souvent, précédée d'une exsudation stercoro-muqueuse, quelquefois purulente, due à la section du moignon par le fil constricteur, et rendue absolument inoffensive par le drainage.

M. Thiéry termine en répondant aux objections formulées contre l'appendicopexie, en disant que le procédé est d'une sécurité absolue, qu'aucun de ses malades n'a présenté de douleurs dues à des adhérences, qu'enfin il ne persiste pas de fistule.

Luxation de la hanche dans la fièvre typhoïde. — M. G. Etienne a présenté à la Société de médecine de Nancy (2) un malade de 19 ans, atteint d'une luxation de la hanche survenue insidieusement au cours d'une fièvre typhoïde, à l'âge de 11 ans. Elle est vraisemblablement la conséquence d'une arthrite typhoïdique, de

(1) Section de chirurgie. Paris, 1900. XIIIe Congrès.
(2) Séance du 24 oct. 1900. in *Revue médicale de l'Est.*

la troisième division de Volkmann (monoarticulaire), ayant atteint la hanche ; c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent, puisque sur 30 de ces arthrites réunies par Keen, cette articulation a été intéressée 37 fois.

Keen attribue à ces lésions articulaires un point de départ osseux, et les considère comme produites par une ostéite typhoïdique chassant petit à petit la tête fémorale hors de la cavité.

Chez notre malade, l'hypertrophie très considérable du grand trochanter semble confirmer cette hypothèse qui expliquerait l'impossibilité de la réduction dans la plupart des cas.

A propos de 16 cas de mastoïdite dite de Bezold. — E.-J. Moure pense que la dénomination de mastoïdite de Bezold est faite pour induire les praticiens en erreur, en ce sens que la lésion décrite par cet auteur n'existe pour ainsi dire jamais seule.

Pour sa part, toutes les fois qu'il a trouvé la mastoïdite perforée ou sur le point de s'ouvrir à la pointe, cet auteur a toujours constaté en même temps des lésionsde nécrose osseuse dans d'autres parties de la cavité mastoïdienne. A l'appui de cette opinion, M. Moure résume 16 cas de mastoïdite de la pointe relevés sur 76 mastoïdites opérées par lui. D'après l'examen détaillé de ces différentes observations, il est facile de voir que les perforations mastoïdiennes de la pointe étaient accompagnées tantôt d'une perforation de la table interne siégeant habituellement au niveau du sinus, plus rarement vers la partie supérieure de l'autre ou vers le conduit auditif osseux ; plus rarement encore à l'extérieur (fistule mastoïdienne).

Lorsque la mastoïdite de Bezold était bien confirmée, c'est-à-dire lorsqu'il existait une collection purulente dans le cou, les méninges baignaient au milieu du pus et des fongosités L'auteur conclut d'après son expérience que s'il est bon de rechercher les complications du côté du cou pour les traiter convenablement, il ne faut pas négliger les altérations pouvant siéger dans l'intérieur de la cavité mastoïdienne, vers les méninges, ces altérations méritant d'appeler l'attention de l'opérateur, car elles sont tout aussi importantes que celles de la rainure digastrique. M. Moure conseille, une fois le curettage convenablement et complètement fait, la plaie bien écouvillonnée au chlorure de zinc et nettoyée avec la solution de cyanure, *de la refermer presque complètement* en laissant un simple drain de grosseur moyenne ; cette manière de procéder abrège singulièrement la cure définitive, car tout peut rentrer dans l'ordre en quelques semaines (voir observations résumées dans le travail). Tout en rendant hommage à Bezold qui a très bien décrit ces perforations de la pointe mastoïdienne, l'auteur pense qu'il est inutile de dénommer ce mode d'évolution par un nom d'auteur : c'est jeter une confusion dans les altérations observées au cours des infections de cette région.

M. MOURE termine en faisant remarquer que dans les observations citées par lui il s'est arrêté à juillet 1899, afin de bien établir que les malades portés comme guéris peuvent en effet être considérés comme tels, puisque depuis cette époque ils n'ont présenté aucune trace de récidive.

Les restes auditifs des sourds-muets peuvent-ils servir à leur apprendre à mieux parler (1)? — Dr SCHWENDT.— Les recherches d'un grand nombre d'auteurs, ainsi que celles que j'ai faites avec l'aide du Dr WAGNER, démontrent : 1° que l'audition physique des sourds-muets ne peut généralement pas être améliorée au moyen d'exercices acoustiques ; 2° qu'un grand nombre (2) de sourds-muets sont capables d'entendre les éléments de la parole prononcés à haute voix, à une distance plus ou moins grande de leur oreille, sans qu'on ait tenté de se servir de leur reste auditif préexistant. Nous appelons ces sourds-muets les *demi-sourds*.

3° En utilisant les restes auditifs préexistants des demi-sourds intelligents, ceux-ci arrivent, dans une certaine mesure, à mieux comprendre la parole ; ils apprennent d'abord à *écouter*, ensuite à *compléter en combinant* au moyen d'un travail intellectuel le mot dont ils n'ont entendu qu'une partie, ainsi que nous faisons, les entendants, lorsqu'on nous parle trop bas ou bien à une trop grande distance.

4° Les progrès que fait ainsi leur faculté de comprendre les mots ne sont pourtant généralement pas assez considérables pour les dispenser de lire sur les lèvres de leur interlocuteur.

Puisqu'on ne peut généralement apprendre aux demi-sourds à se servir de leur audition préexistante, d'une manière tout à fait satisfaisante pour la conversation, il faut surtout savoir si, en leur parlant à l'oreille et en attirant leur attention vers les impressions auditives, l'instituteur peut arriver à les faire parler plus distinctement et d'une façon plus euphonique que ceux qui n'entendent rien ou presque rien.

J'ai exposé mes idées concernant ce sujet dans un article de la *Parole*.

La plupart des instituteurs contestent, jusqu'à présent, la supériorité de prononciation des demi-sourds instruits au moyen des exercices acoustiques d'URBANTSCHITSCH ou de l'éducation complémentaire de BEZOLD ; les uns nous disent que leurs sourds-muets, même ceux qui n'entendent rien du tout, parlent mieux que les demi sourds instruits au moyen de l'éducation complémentaire ; d'autres reconnaissent que les demi-sourds parlent mieux que ceux qui n'entendent rien, mais ils ajoutent : c'est d'eux-mêmes

(1) Congrès international pour l'étude des questions d'éducation et d'assistance des sourds-muets. — Paris, 1900.

(2) J'en ai trouvé, à Riehen, 22 sur 60 examinés ou 36, 6 0/0 environ, le même nombre que Bezold.

qu'ils arrivent à mieux parler, le travail de l'instituteur n'y est pour rien, et il n'est pas nécessaire de changer le procédé employé jusqu'à présent pour leur éducation

Tous les instituteurs d'Allemagne sont pourtant d'accord pour reconnaître les beaux succès obtenus à l'établissement de sourds-muets de Francfort-sur-le-Mein, et qui sont dus en grande partie à la voix exceptionnellement sonore de M. Watter.

M. Watter fait depuis longtemps à sa façon de l'éducation complémentaire par l'oreille. Si, en parlant très haut, l'instituteur peut améliorer la prononciation des demi-sourds, ne faut-il pas en conclure qu'en parlant moins haut, mais en s'adressant systématiquement à l'oreille du demi-sourd, on obtiendra des résultats au moins tout aussi satisfaisants ?

J'ai entendu parler les sourds-muets de Vienne, instruits d'après la méthode de M. Urbantschitsch, et ceux de Munich, instruits au moyen de l'éducation complémentaire de M. Bezold. En ce qui concerne Vienne, mes souvenirs ne sont plus tout à fait récents ; cependant j'eus l'impression que ces élèves ne parlaient pas mieux que ceux de Richen, où l'on n'a employé aucune espèce d'exercice. A Munich, M. l'inspecteur Koller nous fit une très belle démonstration en faisant réciproquement réciter des vers et de la prose à de jeunes sourds-muets instruits d'après la méthode de Bezold. Mais là aussi la supériorité de prononciation n'était pas tout à fait évidente ; il n'est pourtant guère possible de juger de la valeur d'une méthode uniquement d'après l'impression de quelques heures. Il faudrait d'abord savoir comment parlaient ces élèves avant qu'ils aient pu bénéficier de ce genre d'éducation. Il faudrait, outre cela, comparer des élèves instruits d'après l'ancienne et la nouvelle méthode, et présentant des conditions bien égales quant à l'intelligence et quant aux restes auditifs préexistants.

Il se peut que cette comparaison soit très difficile à faire, et qu'on soit obligé d'avoir recours à une méthode objective, telle que, par exemple, la phonétique expérimentale de l'abbé Rousselot du Collège de France, qui nous permette de voir, au moyen d'un tracé graphique, quelle prononciation se rapproche le plus de la normale.

Il y a à peine trois semaines, M. le Dr Bezold m'a écrit que ses demi-sourds avaient fait, depuis l'année dernière, de très grands progrès, et que l'oreille la plus critique pouvait à peine distinguer leur prononciation de celle des entendants.

M. Bezold avait, le premier, reconnu, l'année passée, à Munich, que la prononciation de ses élèves laissait encore pas mal à désirer. Nous n'avons donc aucun motif de croire qu'en nous annonçant un grand progrès il ait jugé avec partialité.

D'ailleurs, il y a à peine quelques semaines, M. le directeur Walter, de Berlin, un des instituteurs les plus connus d'Alle-

magne, s'est rendu de nouveau à Munich pour y étudier, sur place, pendant quelques semaines, les succès obtenus par M. Koller, et les journaux ne tarderont pas à nous rendre compte de ses impressions

Traitement médico-chirurgical de l'otorrhée. — C. Miot fait une communication sur le *traitement médico-chirurgical de l'otorrhée.* L'auteur parle d'abord des divers traitements médicaux humide et sec, donne la préférence au traitement humide et n'a recours au traitement sec que lorsque l'écoulement n'est plus qu'un léger suintement. Il ne se décide à une intervention chirurgicale qu'après l'application de ce traitement pendant cinq à six mois. Il insiste beaucoup pour qu'il soit continué plus longtemps, chez l'enfant, sans intervention, sauf urgence, parce qu'on obtient souvent des guérisons, même dans les cas de carie, surtout si on peut ajouter au traitement un séjour prolongé au bord de la mer. C. Miot signale ensuite la nécessité de soigner les régions voisines et d'instituer un traitement général.

Une intervention chirurgicale s'imposant, l'auteur fait d'abord l'ablation des polypes, s'il en existe, avec cautérisation des pédoncules, parce que ce moyen suffit souvent à guérir l'écoulement. Il indique ensuite les diverses opérations à pratiquer, en dernier ressort, et le procédé opératoire à choisir, suivant le cas. Il donne la préférence à l'ablation des osselets, du tympan ou de ce qui en reste (suivie, à titre de traitement consécutif, d'injections, instillations, curettage, écouvillonage, cautérisation), dans tous les cas de perforation de la membrane de Schrapnell, ou postéro-supérieure du tympan, de bourgeons charnus de l'attique, récidivant après deux ablations suivies de cautérisation, et dans ceux de suppuration fétide des parties supérieures de la caisse ayant résisté au traitement médical. L'auteur développe ensuite les avantages de l'ablation de la chaîne, qui permet de traiter l'attique et l'antre et de guérir souvent sans autre opération. Dans les cas de dislocation de la chaîne, de fistule aux parois postérieures ou supérieures du conduit, il fait le Stacke, si les lésions n'intéressent que les cellules de la base de l'apophyse, et complète ce procédé par un large évidement de l'apophyse mastoïde par sa paroi externe, quand les lésions sont plus étendues. Dans tous les cas probables d'apophyse éburnée, son procédé de choix est aussi celui de Stacke plus ou moins modifié ; l'apophyse est à peu près indemne, et la région envahie n'intéresse guère que le massif osseux compris entre l'extrémité interne de la paroi postérieure du conduit et la paroi externe de l'antre.

Pour opérer les cholestéatomes, l'auteur emploie aussi le procédé de Stacke-Kuster, modifié en ce sens qu'il ménage la chaîne des osselets, si elle est saine et si c'est possible. En présence d'un vaste cholestéatome, il ouvre de plus les cellules par la paroi

externe de l'apophyse, afin de creuser les parties malades au delà des limites pathologiques.

C. Miot choisit le procédé de Schwartze, plus ou moins modifié, toutes les fois qu'il existe une suppuration abondante avec perforation tympanique n'intéressant ni la membrane de Schrapnell, ni la partie postéro-supérieure du tympan. L'auteur insiste ensuite sur les soins post-opératoires, parle des résultats de ces divers traitements au point de vue de l'audition, et termine par les conclusions suivantes :

1° La plupart des otorrhées guérissent sans opération, surtout chez les enfants recevant des soins médicaux et placés dans de bonnes conditions hygiéniques ;

2° Chez l'adulte, une intervention chirurgicale ne doit être pratiquée, sauf urgence, qu'après un traitement médical de cinq à six mois de durée, permettant souvent d'éviter cette intervention ;

3° Cette intervention s'imposant, il faut apporter le plus grand soin au choix du procédé opératoire, qui varie suivant le siège et la nature de la lésion (1).

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Emploi thérapeutique du Thymus (2). — R. Blondel. — Dans un précédent mémoire, publié en 1897, j'ai montré que le thymus, considéré au point de vue de sa sécrétion interne, jouait dans l'organisme un rôle antitoxique singulièrement comparable à celui de l'ovaire ou du testicule ; j'ai pu dire que, jusqu'à la puberté, il se comportait comme un ovaire provisoire, sans la génitalité.

Des expériences entreprises, depuis lors, au laboratoire de M. Dastre, à la Sorbonne, n'ont fait que me confirmer dans cette idée, corroborée depuis, d'ailleurs, par les physiologistes italiens. Sur 50 jeunes chiens, à qui j'ai enlevé le thymus intégralement, 10 seulement ont survécu aux suites immédiates de cette délicate opération : chez tous, après une période passagère de déchéance, les organes génitaux ont réalisé peu à peu une suppléance réelle, se traduisant par un développement plus précoce, accompagné de signes physiologiques non équivoques. L'ablation simultanée du thymus et du testicule provoque des troubles de nutrition extrêmement remarquables : l'animal développe d'une façon exagérée ses quatre membres, au détriment du tronc et du crâne, et réalise le type échassier. Mes sujets ont malheureusement succombé à la tuberculose de laboratoire au bout d'un an environ.

Des résultats thérapeutiques sont venus à l'appui de ces données expérimentales. Dans la chlorose, là où Spillmann et

(1) XIII[e] Congrès des sciences médicales. (Paris, 2-9 août 1900.) Section d'otologie.

(2) XIII[e] Congrès international de médecine.

ETIENNE avaient employé avec succès la substance ovarique, j'ai donné du thymus frais, et, très rapidement, dans chacune des 15 observations recueillies, j'ai assisté à l'augmentation rapide du chiffre des globules, à la reprise de l'appétit, des forces, des couleurs, à la disparition du souffle; enfin au retour des règles.

Dans le goître exophtalmique, où le thymus a déjà donné des succès à d'autres expérimentateurs, j'ai eu 5 guérisons remarquables : chez une malade, — une couturière que son tremblement empêchait absolument de travailler, — en trois semaines, l'usage de l'aiguille était redevenu possible et l'exophtalmie était considérablement diminuée : la guérison était complète au bout d'un an. Je ne puis m'empêcher de remarquer que l'ovaire employé par plusieurs auteurs, dans les mêmes cas de maladie de Basedow, a donné des résultats identiques.

Chez l'adulte, j'ai employé le thymus d'agneau, moins coûteux que celui de veau, soit frais (1/4 de thymus par jour), soit desséché, pulvérisé et mis sous forme pilulaire (2 à 5 grammes par jour).

Enfin, j'ai employé le thymus chez des nouveau-nés du service d'accouchement de la Charité, atteints de débilité congénitale. Avec une dose quotidienne de 1 gr. de poudre de thymus peptonisé mêlée au lait, la perte de poids a été enrayée dès les premiers jours pour faire place à la montée normale de la courbe ; la substitution de la peptone de viande à la peptone de thymus a donné des résultats nettement inférieurs, ne laissant guère de doute sur l'activité propre à cet organe.

D'une façon générale, le thymus paraît agir très favorablement sur le relèvement de la nutrition et sur la croissance. Je puis encore ajouter que, chez l'adulte, le thymus semble produire une stimulation génésique très analogue à celle que donne l'emploi du suc testiculaire.

L'essence de térébenthine dans la petite vérole (1). — PUJADOR. — Si dès les premiers moments de la période éruptive, lorsque les papules commencent à se montrer sur le visage, on administre au malade l'essence de térébenthine à la dose de 1 gramme par jour (émulsionné dans une solution gommeuse) pour l'enfant; en arrivant à la période suppurative, les papules se dessèchent, et les vésicules qui entrent en suppuration le font sans fièvre; dans les autres cas, où l'on est arrivé tard pour l'application du remède, ou dans lesquels la dose a été insuffisante, la période de suppuration se manifeste, mais avec une fièvre légère.

Traitement du muguet par le suçon boriqué. — ESCHERICH obtient chez les enfans atteints de muguet, des résultats thérapeutiques qui ne laissent rien à désirer, en donnant aux petits malades un

(1) Congrès de Paris.

suçon chargé d'acide borique en poudre. On prend un petit tampon de coton aseptique, on l'imprègne d'acide borique finement pulvérisé et additionné d'une petite quantité de saccharine, en utilisant chaque fois 0 gr. 20 centigr. environ de poudre, puis on le renferme dans un petit sac de soie ou de batiste soigneusement stérilisé, et on l'introduit dans la bouche de l'enfant, qui d'ordinaire le garde volontiers en le suçant dans les intervalles des tétées et parfois même pendant le sommeil. Sous l'influence des mouvements de succion, l'acide borique se dissout lentement dans la salive et peut de la sorte agir d'une façon directe et continue sur l'oïdium albicans. Le lendemain, on donne à l'enfant un nouveau suçon identique au premier.

Dans les cas récents, lorsque le muguet n'est pas encore très étendu, l'enduit mycosique s'efface partout au bout de vingt-quatre heures, sauf dans les rainures gingivo-buccales d'où il paraît dans le courant du jour suivant. Dans les cas invétérés la guérison ne se produit qu'après un temps un peu plus long. On peut l'accélérer en associant à l'usage du suçon boriqué des nettoyages mécaniques et des badigeonnages médicamenteux de la cavité buccale ; mais l'affection guérit très bien même en l'absence de ces moyens adjuvants. Le traitement n'échoue que s'il s'agit d'enfants moribonds qui n'ont plus la force de sucer et chez lesquels il n'existe, pour ainsi dire, plus de sécrétion salivaire.

Broncho-pneumonie des enfants (STEPP).

℞	Bromoforme	IX à XXV gouttes
	Alcool	30 grammes.
	Eau distillée	90 —
	Sirop simple	10 —

1 cuillerée à café toutes les heures.

Aux enfants âgés de six mois, on peut administrer IX gouttes de bromoforme, à ceux qui ont un an : XV gouttes ; au-dessus de cet âge, XX à XXV gouttes.

Mixture contre la coqueluche (LANCASTER).

℞	Teinture de belladone	10 grammes.
	Phénacétine	5 —
	Eau-de-vie	15 —
	Extr. fluide de feuilles de châtaignier	60 —

10 gouttes toutes les 2 à 6 heures pour un enfant d'un an ; pour un enfant de dix ans, on peut aller jusqu'à une cuillerée à café.

BIBLIOGRAPHIE

THÈSES

De l'incontinenec d'urine dite essentielle et de son traitement par l'électrisation localisée, par le Dr Lacaille (Coccoz éd., Paris, 1900). — Voici les conclusions de cette thèse dont nous recommandons la lecture :

L'incontinence d'urine dite essentielle se rencontre presque toujours, pour ne pas dire toujours, chez des sujets porteurs d'une tare nerveuse à un degré quelconque, et grevés d'une hérédité plus ou moins lourde.

La première chose à faire sera donc de traiter l'état général de ces malades et leur système nerveux en particulier.

Secondairement l'incontinence reconnaît des causes multiples et qui peuvent se combiner et s'ajouter chez un même sujet (excitabilité vésicale et atonie du sphincter, par exemple.)

Chaque cause secondaire réclame un traitement approprié.

Dans les cas d'atonie sphinctérienne, la méthode d'électrisation, telle que l'a préconisée M. le professeur Guyon, est la méthode de choix. Son application judicieuse et suivant les règles précises établies par notre maître, ne peut être aucunement nuisible, et a produit, au contraire, et produit encore tous les jours de nombreux cas de guérison.

LIVRES

Maladies du cœur chez les enfants (*Heart disease in childhood and youth*), par le Dr Chapman. — C'est grâce aux travaux d'Henoch, de Tanner, de Sturges que l'on connaît la fréquence des cardiopathies chez les enfants : le développement du cœur, l'activité de la nutrition à cette époque de la vie, de même que les conditions d'éducation, la pratique des jeux et des exercices sont autant de questions qui sont à considérer dans le pronostic et le traitement.

Les causes les plus fréquentes des maladies du cœur chez les enfants sont : le rhumatisme, la chorée, la néphrite (le plus souvent post-scarlatineuse), la dilatation du cœur consécutive à la dégénérescence des parois musculaires dans les pyrexies, les maladies congénitales, résultat d'une endocardite intra-utérine ou d'un défaut de développement. On doit aussi signaler la fréquence de l'hypertrophie du cœur chez les enfants, et dans tout accès de rhumatisme, on doit surveiller s'il ne se développe pas de péricardite soit sèche, soit avec épanchement, qui peut déterminer, soit un affaiblissement du cœur pendant la période aiguë, soit à la phase chronique, une adhérence dont l'existence ne se révèle souvent que quelque temps après la cessation des accidents aigus.

On admet actuellement que la chorée est d'origine rhumatismale, et, dans cette maladie, le cœur peut soit être lésé, soit rester

indemne ; quelquefois, les symptômes de péricardite ou d'endocardite n'y apparaissent que plusieurs semaines après la convalescence ; parfois aussi, ils peuvent précéder les manifestations articulaires.

Si l'on veut formuler le pronostic d'une cardiopathie infantile, il faut tenir grand compte de l'état du muscle cardiaque beaucoup plus que de la présence du souffle ; on doit aussi faire entrer en ligne l'état du sujet comme suite générale, et ses antécédents personnels.

Les règles hygiéniques varient suivant chaque cas ; néanmoins il est quelques préceptes que l'on peut indiquer d'une façon générale.

L'enfant doit porter continuellement des vêtements de laine d'une épaisseur variable suivant les saisons, de façon à éviter les récidives de rhumastisme. Il habitera un endroit sec, non entouré d'arbres, sur un point élevé, auquel on aboutira par une rampe d'un seul côté, et on choisira une exposition à l'ouest ou au midi ; il devra éviter de s'exposer à des troubles digestifs, et, pour cela, manger modérément, à des intervalles réguliers, et des aliments qui se digèrent facilement ; l'alcool devra être proscrit, sauf dans les cas de défaillance ou de syncope, ou on donnera un peu de bouillon additionné de brandy. Son éducation devra être organisée de façon qu'il ait l'esprit occupé sans en être fatigué, et sans lui laisser le loisir de se préoccuper de son état.

Quant aux jeux et aux exercices, il en est, tels que la natation, le football, les courses, le canotage, qui doivent être absolument proscrits, la bicyclette ne sera tolérée que si l'on en use sur un terrain plat, et, dans les cas d'insuffisance aortique, elle devra être interdite ; la marche à pied est un excellent exercice, à la condition que la promenade n'aille pas jusqu'à la fatigue : les exercices de gymnastique faits à domicile avec les appareils Whiteley sont également très recommandables.

La limite des jeux et des exercices ne peut être précisée pour chaque malade que lorsque le sujet aura été examiné à plusieurs reprises après chaque jeu ou exercice, et que le médecin aura vérifié l'état de son cœur et le nombre de pulsations.

En fait de médication, il n'y en a aucune à prescrire, quand la compensation se fait bien ; les préceptes d'hygiène ci-dessus énoncés sont amplement suffisants. Dans les cas où la compensation se fait mal, on aura recours à la digitale, à la condition d'en suspendre l'emploi par intervalles, et de ne pas donner de doses trop élevées qui déterminent parfois des troubles digestifs. Il est bon de donner une purgation avant de commencer l'administration de la digitale, et, en cas de cyanose, il est indiqué de pratiquer une saignée ou d'appliquer des sangsues. Le mercure, soit sous forme de calomel, soit associé à la craie, peut être utile quand le foie est congestionné ; la noix vomique, l'alcool, comme stimulant à l'occasion, la belladone en frictions peuvent égale-

ment rendre des services. Telles sont les notions générales que renferme la première partie du livre du Dr CHAPMAN.

La deuxième partie est consacrée à l'exposé d'une trentaine de cas de cardiopathies d'origine diverse : chaque observation est suivie de commentaires dans lesquels le Dr CHAPMAN fait ressortir les points qui présentent de l'intérêt : ce sont des faits cliniques qui démontrent la justesse des vues exposées dans la première partie de l'ouvrage ; des tracés sphygmographiques et des figures rendent encore plus attrayante la lecture de cet excellent ouvrage, qui se recommande à l'attention de tous ceux qu'intéresse la pathologie infantile.

Alimentation des nourrissons. — Soins à la mère et à l'enfant. — (*Die Kinderernahrung im Sauglingsalter und die pflege von Matter und Kind*), par le professeur PH. BIEDERT, médecin en chef de l'hôpital de Hagenau. — La compétence et la grande autorité du professeur BIEDERT en matière d'alimentation des nourrissons justifiaient le succès de son livre si pratique et si répandu, dont la première édition a paru en 1880. Celle de 1900, qui est la quatrième, comporte des modifications et des additions importantes.

Cet ouvrage est une étude complète de tout ce qui touche à l'alimentation des enfants en même temps qu'un travail de science et d'érudition, des plus utiles pour les médecins praticiens qui y trouvent résumées toutes les théories scientifiques sur le processus de la digestion chez les enfants.

Dans le premier chapitre, l'auteur établit le taux de la mortalité des enfants en bas âge, en particulier des enfants au-dessous d'un an. Il se reporte aux statistiques d'auteurs du commencement, du milieu et de la fin de ce siècle, et conclut à une moyenne, pour tous les pays d'Europe, d'au moins 188 pour 1000, c'est-à-dire que sur 1000 enfants nés vivants 188 meurent avant un an. Suit une analyse des chiffres de la mortalité infantile selon l'âge (semaines, mois, années) des enfants, selon les lieux d habitation (ville ou campagne), les pays, la situation sociale des parents.

L'auteur cherche à établir les causes véritables de cette mortalité. Il est d'accord avec ceux qui incriminent l'alimentation défectueuse, soit l'allaitement au sein mal dirigé, soit l'allaitement artificiel qui, même bien dirigé, ne cesse d'être imparfait. Mais, selon M. BIEDERT, l'alimentation défectueuse n'est qu'une des causes tangibles de la mortalité infantile ; la racine du mal est bien plus grave, et d'ordre plus général ; c'est une cause éloignée, indirecte, dont l'influence est étendue, complexe et, par suite, presque irrémédiable — c'est l'organisation défectueuse de la vie sociale. Ses conséquences sont : la pauvreté, la misère,— d'où : surmenage des femmes ayant plusieurs enfants, travail des femmes hors de la famille ; nourriture insuffisante

pour les femmes et les enfants, abandon des enfants illégitimes, filles-mères, commerce de nourrices mercenaires. Ce sont ces conditions de la vie sociale qui d'une part expliquent le défaut d'hygiène dans l'élevage d'une quantité d'enfants et, d'autre part, imposent, pour un grand nombre d'autres, la nécessité de l'alimentation artificielle avec toutes ses complications et suites fâcheuses, d'autant plus déplorables que l'enfant naît dans un milieu plus pauvre. A côté de cela les méfaits de l'allaitement maternel mal dirigé et de l'allaitement artificiel paraissent à M. Biedert d'importance minime, comme cause de morbidité et de mortalité infantiles. Ce fait étant établi, l'auteur, toujours en vue de la diminution de la mortalité des enfants, discute les causes du paupérisme et les moyens d'y remédier.

Dans le chapitre II l'auteur expose la physiologie des organes digestifs chez les tout jeunes enfants et les aliments qui leur sont tout naturellement destinés. Après le mécanisme de la succion, du fonctionnement des glandes salivaires, l'auteur étudie la digestion des corps albuminoïdes; il précise le rôle de l'acide chlorhydrique du lab-ferment et de l'acide gastrique chez le nouveau-né et chez le nourrisson plus âgé, chez lequel, à 10 mois, intervient le suc pancréatique. Le processus digestif de l'intestin plus actif chez les enfants élevés au biberon amène M. Biedert à parler de la flore bactérienne intestinale, chez l'enfant, des réactions du contenu intestinal, de la composition des fèces, de leur examen, de leur quantité ; des conditions de l'assimilation et de la désassimilation.

L'étude de l'aliment naturel des enfants, qui est le lait, amène M. Biedert à parler de sa digestibilité, de sa composition, des différences entre le lait de femme et le lait de vache, des échanges nutritifs chez l'enfant. Enfin M. Biedert termine ce chapitre par le projet de création d'un établissement où l'on pourrait faire des essais systématiques et suivis permettant de préciser expérimentalement l'alimentation artificielle des nourrissons.

Dans le chapitre III, l'auteur expose la façon dont doit être dirigé l'allaitement au sein par la mère ou la nourrice mercenaire et des soins indispensables dont doivent être l'objet la mère et l'enfant. L'alimentation artificielle, sa réglementation, sont traitées avec tous les détails que comporte cette question. Le sujet du lait étant terminé, l'auteur étudie les diverses préparations qui doivent se substituer au lait à mesure qu'on approche de l'époque du sevrage.

Le dernier chapitre, enfin, est l'exposé des maladies du nourrisson, maladies qui sont pour la plupart des manifestations des troubles de la digestion et de la nutrition, liées à des fautes commises dans l'alimentation des enfants. La description des symptômes de ces affections est suivie du traitement à leur opposer.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

BULLETIN

INSTRUCTION ET HYGIÈNE.

La santé de l'enfant trouve sur sa route une pierre d'achoppement dans le travail intellectuel; et il y a quelques années, on entendit retentir à l'Académie de médecine ce cri d'alarme : L'enfant travaille trop !

On se rappelle les discussions qui s'élevèrent au sein de la haute assemblée quand elle mit à l'ordre du jour de ses séances la question du surmenage et de la sédentarité scolaires. Pendant quelque temps on ne parla que de cela : les journaux médicaux et extra-médicaux en étaient remplis, et les familles s'émurent, puis le silence se fit, peu à peu, sur cette question comme sur tant d'autres.

Rien n'a été changé depuis, et les professeurs ou les directeurs d'établissements scolaires que j'ai consultés nient le surmenage. Ils soutiennent que seuls travaillent trop les élèves d'élite que l'ambition ou l'émulation stimulent et que ces surmenés volontaires feront toujours plus qu'on ne leur demandera.

Mais si on ne peut pas dire d'une manière générale que l'enfant *travaille trop*, on peut affirmer qu'il *travaille mal*.

Un interne est tenu à l'étude pendant deux ou trois heures, pour un travail qu'il pourrait faire en une heure : il sait qu'il doit rester trois heures assis et contraint de garder une attitude immobile et silencieuse ; il sait que s'il dérange l'étude ou simplement son voisin, ou surtout le maître d'étude qui, le malheureux, a aussi à travailler, il sera puni, et il travaille, ou plutôt il reste penché sur son livre, ce qui n'est pas la même chose. Cet écolier travaille mal, car il perd son temps, et il se fatigue et s'étiole presque autant que s'il travaillait bien. Et ce qui déplaît c'est qu'il s'habitue à faire lentement ce que son esprit gagnerait à faire vite.

Tel autre perd son temps également sans profit appréciable pour satisfaire aux exigences du programme. On a depuis quelques années imaginé ce qu'on a appelé « les leçons de choses » et l'idée qui a présidé à cette innovation était « d'exercer les enfants à apporter de la précision et de l'ordre dans l'examen

des sujets proposés à leurs études ». Et on a mis entre les mains d'élèves de sept à huit ans une sorte d'anatomie comparée soi-disant à la portée des enfants de huitième et de neuvième, bien plus aride que la grammaire, l'arithmétique, l'histoire ou la géographie. Ce livre traite des animaux vertébrés, articulés, non articulés, rayonnés, protozoaires — des végétaux phanérogames et cryptogames ! En septième, les enfants qui ont 9 ans doivent apprendre les pierres, la terre végétale, l'eau et les terrains. Dans le livre qui leur est donné, il y a une leçon où on apprend la composition et les caractères du calcaire, du plâtre, etc., il y en a une où il est question de la composition du granit. Faites lire le chapitre VI du volume de M. LEFEBVRE à votre fils de 9 ans en vacances, et je vous promets qu'il se divertira.

J'ai interrogé de bons élèves qui avaient pâli sur ces « leçons de choses », ils m'ont tous dit n'en avoir gardé que le souvenir de l'ennui qu'elles leur avaient causé.

Autrefois nous puisions des « leçons de choses » autrement attrayantes dans des journaux ou des volumes écrits pour la jeunesse, et j'ai encore présents à l'esprit des passages de JULES VERNE, des histoires du *Magasin illustré d'Education et de Récréation* ou d'autres revues analogues qui m'ont appris, sans effort de ma part, bien des choses que l'on croit mieux enseigner aujourd'hui en suivant un programme déterminé.

Les élèves qui au lieu d'entrer au lycée dès les petites classes, n'y vont qu'en cinquième, ou en quatrième, se gardent bien d'apprendre ces « leçons des choses », et j'en connais qui s'y étant présentés deux ou trois ans avant le baccalauréat ont eu tous les succès désirables sans avoir été inutilement surmenés. Ils ont bien appris les mêmes choses, et ils ne les ont pas oubliées, car ils les ont « vues ». S'ils savent comment on fait un livre, c'est qu'ils ont visité une fabrique de papier et une imprimerie, qu'ils ont eu dans leurs doigts des caractères pris dans la main du typographe ; s'ils savent ce que c'est que le fer, l'acier, c'est qu'ils ont approché un haut fourneau, etc. ; si donc il s'agit de « leçons de choses », qu'on les enseigne au cours soit d'une promenade, soit d'une excursion, qu'on les prenne dans les livres illustrés rendant l'enseignement attrayant par le récit qui l'accompagne.

Cela vaudra mieux que le livre théorique le mieux fait.

Il y a bien d'autres points du programme qui prêtent à la critique, et il appartient à d'autres de les formuler, mais il est du devoir de l'hygiéniste de réclamer contre tout surmenage, ou toute contrainte scolaires inutiles.

E. PÉRIER.

CLINIQUE

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE RHUMATISMALE AVEC EMBOLIES MULTIPLES. — PRÉSENCE D'UN BACILLE ANALOGUE AU BACILLE DU RHUMATISME SANS ASSOCIATIONS MICROBIENNES (1).

Par MM. H. BARBIER et L. TOLLEMER.

L'un de nous (2) a communiqué au Congrès de médecine de 1900 un certain nombre d'observations montrant une fois de plus la fréquence et la gravité du rhumatisme cardiaque chez l'enfant, intéressant à la fois l'orifice mitral et l'orifice aortique, quelquefois l'aorte et peut-être le plexus cardiaque, souvent le péricarde, avec formation de péricardite adhésive qui entre pour une grande part dans la gravité des accidents cardiaques consécutifs à la période aiguë.

L'observation que nous publions renferme l'histoire d'un accident d'un autre genre : c'est le morcellement à l'infini des végétations fibrineuses de l'endocarde enflammé au niveau de la valvule mitrale, et comme conséquence la formation d'embolies multiples, qui semblent en particulier avoir oblitéré la presque totalité des artères de l'hémisphère gauche du cerveau.

L'enfant, dans le cours d'un rhumatisme articulaire qui s'annonçait comme bénin, mais qui ici encore avait débuté comme une fièvre infectieuse puisque les douleurs articulaires, peu accusées, ne se sont montrées que le 4e jour, l'enfant, disons-nous, a été pris brusquement, sans ictus proprement dit, d'aphasie motrice, et ultérieurement, d'hémiplégie droite progressive avec participation de la face. Vers la fin de la maladie, on a vu se développer en même temps qu'une escarre sacrée droite et du purpura, des phénomènes de méningo-encéphalite dont on a pu retrouver quelques traces à l'autopsie.

Celle-ci nous a montré sur la valvule mitrale une énorme végétation, dans laquelle l'examen microscopique nous a révélé, à l'état de pureté et en grande abondance, un bacille qui n'a pu être cultivé ni à l'état aérobie, ni à l'état anaérobie. Dans les coagulations de l'artère sylvienne gauche, le même bacille a pu être trouvé. Ni l'examen microscopique des coupes, ou sur lamelles, ni les cultures faites n'ont pu révéler la présence d'aucun microbe.

Si donc on peut admettre l'analogie de ce bacille avec celui qu'ont décrit ACHALME et THIROLOIS, on doit conclure que les accidents cardiaques et les embolies multiples qui en ont été la conséquence sont dus et bien dus au microbe du rhumatisme seul, et

(1) Communication à la Société de Pédiatrie, séance du 11 décembre 1900.

(2) H. BARBIER. *De la gravité du rhumatisme chez les enfants*, in « *Annales de médecine et chirurgie infantiles* », n° 17, 1er septembre 1900.

que point n'est besoin de faire intervenir dans tous les cas analogues d'autres microbes pathogènes associés, pour réaliser chez l'enfant l'un et l'autre accident.

Ceci est encore un exemple particulier de la gravité de la fièvre rhumatismale chez l'enfant.

Nous attirons également l'attention : 1° sur la pluie d'embolies qui ont pénétré dans le cerveau, et qui, s'étant faites à des moments différents, ont créé des foyers de nécrose d'âges divers ; et 2° sur l'importance de ces embolies qui ont oblitéré en particulier complètement le tronc de la sylvienne gauche et la totalité des artères striées internes, des lenticulo-optiques et des lenticulo-striées. Les artères cérébrales antérieures et postérieures du côté gauche n'ont pas été épargnées, non plus que certaines artères de l'hémisphère droit.

Rhumatisme articulaire subaigu. — Endocardite végétante. — Embolies multiples. — Aphasie. — Ramollissements cérébraux multiples et étendus. — Mort.

M. Marguerite, 11 ans, fillette bien développée, bien portante jusqu'à la maladie actuelle, sauf une rougeole à 4 ans et une scarlatine à 7 ans. Entrée le 15 septembre 1899, hôpital Trousseau, salle Blache, n° 8.

Le début de la maladie remonte à 8 jours, et fut caractérisé par de la fièvre, des vomissements, de la céphalée, de la constipation et des signes d'embarras gastrique.

Le 4e jour, l'enfant se plaignit de douleurs dans l'épaule droite, puis dans le pied gauche et dans le mollet du même côté ; enfin, de battements de cœur.

La fièvre augmenta et atteignit 39°. Un médecin prescrivit du salicylate de soude, 2 grammes.

Le 7e jour, 14 septembre, la fièvre, au dire des personnes qui accompagnent l'enfant, aurait brusquement disparu ; les douleurs articulaires persistent, mais moins vives ; il n'y a en ce moment aucun trouble cérébral.

Dans la nuit qui suit, nuit du 14 au 15, l'enfant est prise brusquement de douleurs abdominales ; en même temps, à 4 heures du matin, elle cesse de parler et gît dans son lit inanimée, abattue, sans faire un mouvement, mais conservant en partie son intelligence et sa connaissance sans présenter de convulsion ni de délire.

On l'apporte dans cet état à l'hôpital le 15 au matin avant la visite ; une prostration assez marquée a suivi le début des accidents.

Etat à l'entrée. — On trouve la malade couchée dans son lit sur le dos dans une immobilité à peu près complète. La face pâle, la langue rouge et sèche, le pouls à 110, petit, mais égal, et la température a 39°5.

On ne constate, les renseignement cités plus haut connus, aucun

gonflement ni rougeur articulaire ; les mouvements des jointures ne paraissent pas douloureux.

Au cœur, par contre, on constate un souffle râpeux, systolique, de la pointe, coexistant peut-être avec des frottements péricardiques.

Aux poumons, un peu de rudesse respiratoire aux deux bases, sans râles, avec un affaiblissement notable du murmure vésiculaire.

Pas de diarrhée, pas de vomissements, sauf ultérieurement dans la journée où elle en eut deux, dont un contenant de la bile et présentant les caractères des vomissements cérébraux.

La rate et le foie sont normaux.

Ce qui frappe, par contre, ce sont les phénomènes cérébraux qu'elle présente. Elle est plongée dans une stupeur demi-consciente, se laissant examiner sans un geste de défense ou autre, semblant indifférente à ce qui l'entoure, et cependant regardant autour d'elle ou capable de diriger son regard vers celui qui l'interpelle.

Notons de suite qu'il n'y a nulle part trace de paralysie ou de parésie des membres ou de la face, pas d'inégalité pupillaire, pas de raideur dans la langue, pas de signe de Kernig. Les réflexes sont normaux. Comme signe positif, seule existe une incontinence d'urine. Dans la première journée, une seule selle diarrhéique.

Ce qui domine, par contre, dans son état nerveux, c'est un mutisme absolu, bien qu'on ait pu lui faire tirer la langue, et une indifférence à tout ce qu'on lui dit, telle qu'il nous paraît qu'elle est atteinte à la fois d'aphasie motrice et de surdité verbale. Cependant ultérieurement elle comprendra ce qu'on lui dira. Est-elle atteinte également de cécité verbale ? Il est très difficile de s'en rendre compte. Des questions qu'on lui pose par écrit ne semblent provoquer chez elle aucune manifestation émotive ou autre. En raison des lésions du lobe occipital et des ganglions de la base du cerveau que révéla plus tard l'autopsie, on peut cependant préjuger qu'elle a dû éprouver pendant sa vie tout au moins quelques troubles visuels.

En présence de cet état, le diagnostic fut d'abord hésitant entre un rhumatisme cérébral et des troubles cérébraux mécaniques d'origine embolique. L'évolution de la maladie ne tarda pas d'ailleurs à nous rallier à la seconde hypothèse.

Traitement. — Bains à 25°. Révulsion précordiale au moyen de ventouses scarifiées. 2 injections de caféine.

18 *septembre.* — Dans les jours qui suivirent, en effet, on put constater une parésie du membre supérieur droit, et une difficulté de projeter la langue en dehors de la bouche, en même temps qu'une légère parésie faciale droite.

19. — La stupeur du début est moins prononcée ; la malade comprend ce qu'on lui dit, il n'y a donc pas de surdité verbale, elle sourit quand on lui parle ; elle ne peut déplacer sa main

droite qu'en la soulevant avec la main gauche, la paralysie semble donc s'accentuer.

L'aphasie motrice est toujours aussi complète.

Le genou droit est gonflé et douloureux.

Les jours suivants, les douleurs rhumatismales du genou persistent, et nécessitent un enveloppement ouaté au salicylate de méthyle. Le souffle cardiaque est très intense, et il semble qu'on en entende deux, l'un plus rude, plus grave à gauche se prolongeant dans l'aisselle, l'autre plus doux, plus aigu à droite.

La stupeur du début a fait place à une agitation progressive d'abord nocturne, puis diurne. Insomnie complète (sulfonal). On donne dans la journée 3 bains à 30°.

21. — Ces phénomènes s'accentuent; on constate en plus, le matin, une plaque d'érythème rouge foncé dans la région sacrée droite. Le soir, cette plaque est noirâtre et d'aspect gangréneux. Les jours suivants l'eschare est constituée.

On note également depuis quelques jours de la parésie du membre inférieur droit.

A partir du 27, les symptômes méningés se montrent : tendance à la raideur du tronc et de la nuque, tremblement épileptoïde des membres inférieurs.

Le matin du 27, l'enfant a eu un *frisson* prolongé.

Le soir, la respiration est bruyante, rapide, haute : les mâchoires sont contracturées. Langue sèche. Faiblesse des contractions cardiaques. Pouls, 160.

En même temps, on voit se développer des ecchymoses sous-cutanées et sous-conjonctivales.

On fait une ponction lombaire. Le liquide paraît clair ; mais il est coloré en rose par un peu de sang.

La pression intra-rachidienne est suffisante pour que le liquide pénètre spontanément dans la seringue en repoussant le piston de celle-ci.

L'incontinence des urines n'a pas cessé depuis le début.

Le 28, l'enfant a perdu connaissance, la respiration est stertoreuse, le pouls filiforme. Elle meurt à 1 heure de l'après-midi sans convulsions.

Pendant tout le temps de la maladie, la température a oscillé autour de 39° et avec des oscillations dont l'amplitude n'a pas dépassé un degré.

Examen du liquide rachidien. — Il a été fait deux examens du liquide rachidien retiré par ponction lombaire.

Le 27 septembre 1899, on obtient quatre centimètres cubes de sérosité rosée : ce liquide fut centrifugé, et il se forma au fond du tube un léger dépôt de couleur rougeâtre : des préparations sur lamelles montrèrent des globules sanguins, quelques leucocytes mononucléaires et quelques leucocytes polynucléaires. Malgré le

grand nombre de préparations faites et la diversité des méthodes de coloration employées, aucun microbe ne put être décelé sur ces lamelles.

Des cultures aérobies et anaérobies furent faites.

Un lapin de 2500 grammes reçut dans la veine de l'oreille deux centimètres cubes du liquide, agité de façon à mélanger le dépôt au liquide.

Un 2e lapin jeune, de 1500 grammes, reçut dans la veine de l'oreille un centimètre cube du même liquide.

Un cobaye reçut sous la peau du ventre un centimètre cube de sérosité.

Le 28 septembre, une 2e ponction donne une quinzaine de centimètres cubes d'un liquide clair, dans lequel la centrifugation fait trouver quelques globules rouges et quelques leucocytes, mais aucun microbe.

On inocula avec ce liquide :

2 lapins, l'un de 3 kilogr. 150, qui reçut 2 centimètres cubes à la base de l'oreille ; l'autre de 1 kilogr. 150 qui reçut un centimètre cube sous la peau du dos.

2 cobayes, l'un sous la peau du ventre, l'autre sous la peau de la cuisse ; en outre, le cobaye inoculé le 27 septembre avec le liquide de la première ponction reçut de nouveau 2 centimètres cubes de liquide rachidien du 28 septembre.

Le résultat de ces inoculations fut absolument négatif : seul le lapin n° 1 (du 27 septembre) présenta le 28 septembre un léger œdème et une légère rougeur de la peau au point d'inoculation ; le 30 septembre tout était redevenu normal. Les inoculations sous-cutanées aux autres lapins ou aux cobayes ne donnèrent lieu à aucune réaction locale ou générale.

Des cultures aérobies et anaérobies furent faites avec le liquide des deux ponctions.

Les cultures aérobies furent faites sur agar et sérum et en bouillon ordinaire et glucose ; plusieurs tubes de chaque espèce furent ensemencés, tous restèrent stériles, sauf deux, un de bouillon et un de sérum, qui subirent une contamination accidentelle (subtilis).

Les cultures anaérobies furent faites soit en tubes droits ensemencés liquides et à surface recouverte d'huile stérilisée ou de paraffine, soit dans des tubes privés d'air par l'ébullition et plongés dans une atmosphère d'acide carbonique : ces cultures eurent lieu dans la gélose ordinaire, la gélose glucosée, le bouillon ordinaire et glucosé et le lait.

4 à 5 tubes de chaque espèce furent ensemencés. Tous restèrent stériles, sauf un tube de lait qui subit évidemment une contamination accidentelle.

Le liquide rachidien ne renfermait donc aucun microbe aérobie ou anaérobie vivant.

Autopsie. — Au moment de l'autopsie, des cultures furent faites avec le liquide péricardique, la rate, le sang du cœur recueilli aseptiquement à travers la paroi ventriculaire. Les cultures aérobies et anaérobies faites avec le liquide du péricarde et le sang du cœur demeurèrent absolument stériles.

Des cultures furent également faites avec deux débris de la végétation recueillie sur la valvule mitrale ; l'un de ces débris, évidemment recueilli avec des précautions insuffisantes, donna des cultures de saprophytes aérobies. L'autre, qui fut prélevé avec un soin minutieux, ne donna rien en cultures aérobies ou anaérobies.

Le protocole d'autopsie ayant été perdu, les constatations nécropsiques sont limitées à l'examen des pièces apportées au laboratoire.

Le *cœur* était flasque et gros, le myocarde mou, friable, évidemment dégénéré. Il n'y avait pas trace de péricardite : sur une valve de la mitrale se trouvait une végétation polypiforme du volume d'une petite noisette et sur l'autre valve une petite végétation du volume d'un grain de millet. Les autres orifices étaient sains.

La *rate* était parsemée d'infarctus de volume variant de celui d'une noisette à celui d'un petit pois : l'organe était un peu volumineux.

Les *reins* étaient gros et pâles, se décortiquant bien ; l'un d'eux présentait à sa partie supérieure un infarctus du volume d'une noisette.

Le *cerveau* présentait des lésions considérables.

Hémisphère droit : La surface en paraît saine et il n'y a pas de ramollissement cortical de ce côté ; la coupe de Brissaud montre au centre des ganglions centraux de petits foyers de ramollissement dus à l'embolie de petites branches de l'artère lenticulo-striée.

L'hémisphère gauche est plus fortement atteint : sa surface présente un ramollissement très étendu de toute la région pariétale, de la partie postérieure des circonvolutions frontales, de la partie supérieure du lobe temporo-sphénoïdal et du cuneus. La coupe montre également un ramollissement presque total des ganglions centraux. La dissection des artères cérébrales montre des embolies multiples. Il semble que dans ce territoire les embolies soient de deux sortes, qu'il y ait eu d'abord en quelque sorte une pluie de petites embolies minuscules ayant oblitéré la presque totalité des branches de la sylvienne, les artères lenticulo-optiques et les artères lenticulo-striées ; puis une grosse embolie, plus récente, ayant oblitéré le tronc même de la sylvienne, au niveau de l'insula, peu avant sa division. On trouve en effet en ce point un gros embolus adhérent aux parois de l'artère. Les foyers de ramollissement cérébraux et centraux

semblaient être d'âge très variable : les uns présentaient déjà des corps granuleux plus ou moins abondants suivant les foyers, les autres n'en présentaient pas encore.

Examen microscopique. — L'examen microscopique a porté sur la valvule mitrale, les artères de l'hémisphère gauche, la rate et le rein.

Valvule mitrale. — Le fragment examiné est du volume d'un petit haricot : à sa base adhère un morceau de la valvule même. Après fixation par l'alcool et inclusion dans la paraffine, les coupes pratiquées furent colorées par un grand nombre de réactifs, thionine phéniquée, bleu phéniqué, Gram-éosine, hématéine et picrocarmin, etc.

La végétation se montre constituée par une substance amorphe recouverte en presque tous ses points par l'épithélium endocardique: sa base adhère au tissu propre de la valvule et en ce point on trouve quelques très petits foyers d'infiltration nucléaire. La substance amorphe ne présente aucun élément anatomique figuré. Elle est comme creusée de fentes séparant des saillies, ce qui lui donne un peu l'aspect général d'un papillôme.

Dans cette végétation, on trouve en grande quantité des bacilles qui restent colorés par le Gram. Ils sont assez difficiles à mettre en lumière ; la substance de la végétation se colorant très vivement par les divers colorants, surtout par la méthode de Gram, il en résulte que si l'on pousse la décoloration un peu trop loin, on distingue difficilement les microbes. Ces bacilles sont à peu près larges comme un bacille typhique, et un peu plus longs. Lorsqu'on les examine à un fort grossissement ils prennent un aspect grenu ; lorsqu'on les examine à un faible grossissement ils apparaissent nettement comme des bâtonnets. Le bleu phéniqué donna les meilleurs résultats pour leur recherche. Ils sont disposés en amas feutrés dans les fentes de la végétation et ils forment sous le revêtement endocardique une couche épaisse et presque continue. Il n'y en a pas dans le tissu valvulaire lui-même qui semble à peu près normal.

Artère lenticulo-striée. — Les coupes passant à travers une des embolies du vaisseau montrent que l'oblitération de celui-ci est due à un fragment de végétation mitrale ; ce fragment est constitué par une susbstance amorphe où, l'on retrouve le même bacille que dans la végétation mitrale.

Artère sylvienne. — Deux séries de coupes furent faites sur cette artère, les unes sur la grosse embolie oblitérant son tronc, les autres au niveau d'une bifurcation de cette artère. Les premières présentent le même aspect que les coupes de l'artère lenticulo-striée, et dans le fragment de végétation qui forme l'embolie, on retrouve toujours le même bacille. Les deuxièmes coupes ont un aspect très différent, suivant que l'on considère l'une ou l'autre des branches de l'artère qui toutes deux sont oblitérées par un

caillot sanguin infiltré de leucocytes; la paroi de l'une de ces branches est normale, celle de l'autre, au contraire, présente une infiltration nucléaire de ses parois telle qu'il semble parfois qu'un abcès se soit développé dans la paroi du vaisseau; on n'y décèle aucun micro-organisme. Les tuniques artérielles sont noyées dans cette infiltration nucléaire et la tunique élastique seule est reconnaissable. Ce foyer d'infiltration envahit le tissu cérébral voisin qui est dans un état de désintégration complète.

Rein. — L'examen d'un fragment de rein montre des lésions de néphrite inflammatoire subaiguë avec prédominance du côté des glomérules et des tubuli contorti. Le tissu conjonctif est à peu près sain, quoique l'on trouve çà et là, surtout dans le voisinage des glomérules les plus altérés, de petits foyers d'infiltration cellulaire. Les vaisseaux sont normaux. Un grand nombre des glomérules sont sains, d'autres sont plus ou moins altérés ; dans ce cas, les anses vasculaires sont plus ou moins homogènes, leur épithélium est en partie détruit, et la capsule de Bowmann présente un léger épaississement ; sur quelques glomérules cette capsule est épaissie et présente à sa face interne un revêtement formé par une masse homogène parsemée de cellules desquamées et de noyaux. Certains glomérules enfin ne forment plus qu'une masse grenue où l'on colore avec peine de rares noyaux. Les cellules épithéliales des tubuli contorti voisins des glomérules altérés sont plus ou moins desquamées, leurs contours ont à peu près disparu et quelquefois leur base présente des vacuoles. Quelques tubes urinifères renferment des cylindres. On put colorer des micro-organismes dans le rein.

Rate. — Les coupes de la rate passant par un petit infarctus montrèrent de l'hypertrophie de la charpente fibreuse de l'organe et des épanchements sanguins dissociant la pulpe de la rate. On ne put colorer de micro-organismes et il ne semblait pas qu'il y eût de réaction inflammatoire de ce viscère.

Nous avons donc trouvé dans ce cas un bacille uniquement localisé dans la végétation mitrale et dans ses débris. S'agit-il du bacille décrit par Achalme et Thiroloix? Nous le croyons, car ce bacille ressemble beaucoup aux descriptions données par ces auteurs, et les planches publiées nous ont paru représenter exactement les coupes observées par nous.

Nous n'avons pu cultiver ce microbe : à cela rien d'étonnant, étant donné la fragilité de ce micro-organisme. De plus les microbes observés par nous dans la valvule pouvaient fort bien avoir perdu leur vitalité par suite de leur âge, si nous osons ainsi dire : pour appuyer cette hypothèse nous avons l'état grenu de ces bacilles, état signalé par Achalme dans les cultures anciennes de son bacille.

Aucun autre microbe n'a pu être trouvé soit dans le sang, soit dans les organes, soit dans les liquides organiques examinés : le bacille constaté existait donc seul.

HYGIÈNE PRATIQUE

L'ÉDUCATION PHYSIQUE AU JAPON (1)

Par le Dr M. YAMANE, de Tokio,
Médecin en Chef de la Préfecture de Police de Tokio,
Délégué au XIIIe Congrès international de Médecine de Paris,
Délégué spécial de l'Association pour l'Education physique.

Puisque vous voilà initiés — partiellement il est vrai — à notre mode d'instruction, je reviendrai donc à notre association du *Taï Ykukaï*.

Le but que se proposait le fondateur de cette association était principalement de relever la force physique du peuple, partant de lui donner plus de confiance en lui-même, ainsi que de développer la morale et le patriotisme. Aujourd'hui cette association compte plus de 28,000 membres actifs, et journellement ce nombre augmente ; l'association prend tous les jours une plus grande extension, et par cela même une influence morale plus considérable.

Le siège de cette association est à Tokio. Actuellement il existe au Japon neuf sections de cette association.

D'ici peu de temps cette association va créer, dans toutes les provinces du Japon, des sections avec des construction spéciales pour la gymnastique et les exercices physiques.

Chaque membre paie une fois pour toutes, comme droit de membre, une cotisation de *cinq yen* (12 fr. 50). On se demandera de quelle façon l'association peut maintenir et construire d'aussi énormes édifices et en si grand nombre, avec une seule cotisation de 12 fr. 50 par chaque membre.

La réponse est aussi facile que la manière de faire face à tous les frais est pratique :

Un an après la naissance de l'association, au mois de septembre, le 25e médji. parut pour la première fois le « *Journal de l'Association du Taï-Ykukaï* »,et aujourd'hui elle publie son 82e volume ; en outre de ses propres articles littéraires, comptes rendus, rapports, elle publie en même temps toutes les nouvelles les plus intéressantes qui ont trait à la gymnastique et à l'hygiène, ainsi que les nouvelles inventions du monde entier, articles très instructifs et amusants. Le journal de l'association est dirigé et rédigé non seulement par des hommes compétents, mais aussi par des savants connus et considérés. Ce journal est envoyé à tous ses membres, *les abonnés obligatoires*. Le prix d'abonnement est très minime, et le paiement pour chaque abonné est, pour ainsi dire, insignifiant.

(1) Suite. Voyez le no 2.

Comme vous voyez, c'est l'utile avec l'agréable, sans que le membre s'aperçoive de la charge ou de la difficulté du paiement ; les membres acceptent d'autant plus facilement cette combinaison, qu'ils comprennent que l'association a des frais considérables, et ensuite, qu'ils ont la conviction la plus profonde et la conscience de contribuer à une œuvre patriotique, que toutes les dépenses sont employées au profit de l'association. De plus, l'association reçoit très souvent des legs et des dons considérables de personnes très riches.

Dès la première année de sa fondation, l'association construisit à Tokio, dans les arrondissements de *Kando* et *Hongo*, deux camps de gymnastique, de modèle européen, avec tous les accessoires. Les résultats en sont aujourd'hui extrêmement satisfaisants, et ceux qui, dès le début de l'association gymnastique, ont fait jusqu'à l'heure qu'il est partie de cette association et en conséquence ont éprouvé par eux-mêmes les bienfaits de cette éducation physique et méthodique, sont les apôtres et les propagateurs les plus zélés de ce système ; sous peu, des constructions pour les exercices gymnastiques s'élèveront dans la moindre localité de l'empire ; la population se rend compte, par elle-même, de l'immense avantage et de l'utilité si évidente de ces établissements. La propagande est donc aussi utile qu'honorable et fait son chemin, tout le monde dans mon pays étant convaincu d'agir en patriote.

Depuis la fondation de l'association *Taï-Ykukaï*, dont le premier président était le comte Nosu et ensuite le ministre président, le comte Yamagato, homme d'Etat considérable, homme de cœur, d'un esprit large et libéral, plus de 250 officiers et de hauts personnages font encore aujourd'hui partie de l'association, jouissent non seulement d'une excellente santé, mais encore sont vigoureux, forts, bien découplés, musclés et admirablement développés de corps, et cela à la suite de l'éducation physique.

Au mois de mai, le 26ᵉ médji (il y a donc 8 ans), une nouvelle construction pour la gymnastique fut érigé à *Kodjimati*, arrondissement de Tokio. Cet établissement est destiné à l'éducation gymnastique supérieure ; les jeunes gens qui fréquentaient l'école élémentaire et passaient l'examen ainsi que celui de la gymnastique, obtenaient le droit de passer comme professeurs effectifs de gymnastique, droit qui chez nous procure certains avantages ; l'association a déja créé ainsi plus de cent professeurs. Pendant les vacances, les professeurs de gymnastique, ainsi que ceux des écoles élémentaires, se réunissent pour délibérer, discuter les projets nouveaux, les améliorations à introduire, etc. L'école de *Kodjimati* portait autrefois le non de *Taïshorenshuso*, et actuellement elle est connue sous le nom de *Taïshogako*.

Notre empereur actuel, notre auguste « *Empereur-Progrès* », qui protège avec tant de générosité et de magnanimité les arts et

les sciences, et tout ce qui peut contribuer au bien-être du peuple japonais, s'intéresse en premier lieu à l'association de *Nippon Taï-Ykukaï*. De fait, reconnaissant sa grande utilité et le but de l'association, Sa Majesté, *motu proprio*, lui remit un très riche don en argent de sa caisse privée.

L'association en même temps est subventionnée par l'Etat.

Nous avons, en dehors de l'association *Nippon Taï-Ykukaï*, un nombre considérable de petites sociétés de gymnastique privée, entre autres l'association *Butokukuï*, qui est la plus grande, avec 300,000 adhérents!

Il y a sept ans, l'association *Nippon Kaï-Ykukaï*, organisait à Tokio les deux premières écoles de natation (bien entendu, il existait déjà précédemment des établissements de natation, mais non dans le genre de ceux qui sont organisés aujourd'hui avec le dernier *modernisme*). Selon les règles de l'art, et méthodiquement, la natation est enseignée par de vrais professeurs. Nos jeunes gens deviennent des artistes consommés dans ce genre, par l'adresse, l'habileté, l'endurance et la résistance ; quelques-uns, parmi eux font des tours de force extraordinaires, comme plongeurs et gymnasiarques.

La municipalité de Tokio et les maires de toutes les provinces de l'empire autorisaient, il y a six ans, les professeurs en gymnastique — qui n'étaient point professeurs dans les écoles élémentaires ou supérieures — à enseigner la gymnastique ; car jusqu'à cette époque les professeurs des écoles susdites avaient seuls le droit de cet enseignement. Cette autorisation n'était accordée aux professeurs privés que dans le seul but d'appuyer l'énorme développement des nombreuses petites associations qui surgissaient et naissaient journellement, réclamant des professeurs autorisés ; mais ces derniers n'étant pas en nombre suffisant, on se décida à autoriser l'enseignement gymnastique par des professeurs privés, pour ne pas entraver un enseignement devenu populaire et utile.

A la même époque, l'association *Taï Ykukaï* organisait aussi un champ de tir à la cible, à *Usigomi* ; aujourd'hui, plus de 100 tireurs émérites, très experts à leur tour, sont à même de diriger, d'enseigner dans les nouveaux champs de tir à la cible, qu'on crée au fur et à mesure.

A *Osaka*, l'association construisit, il y a cinq ans, une splendide section pour la gymnastique avec un tir à la cible.

A *Hokkaïda*, elle organisa, il y a quatre ans, des établissements analogues.

S'étendant toujours de plus en plus, l'association déploie une activité dévorante et toujours plus passionnée ; à peine dispose-t-elle des moindres moyens, qu'elle construit, organise, agrandissant toujours le cercle et élargissant le mouvement. Chaque année, elle crée dans les provinces encore privées de ces établis-

sements, de nouvelles sections : ainsi, il y a deux ans, c'était le tour des provinces *Kanagowa*, *Miyaghi*, *Kagoshima*, et, cette année-ci, de *Saitama*, *Gunma*, *Tochigi*.

Je dois ajouter que toutes les associations, et notamment l'association de *Nippon Taï-Ykukai* qui est toujours dirigée par son infatigable fondateur, cet admirable philanthrope, « *Kokitiro Hytaka* », ainsi que par d'autres personnages de marque, non seulement poursuivent le but unique de l'éducation physique et le développement du corps, mais en même temps dirigent leurs efforts du côté de la moralité ; ils déploient dans ce but une véritable stratégie : tantôt c'est à la gymnastique, tantôt à la natation, tantôt au tir à la cible, tantôt à d'autres exercices corporels que les jeunes gens sont convoqués, et rarement, très rarement, il arrive, que quelqu'un manque à l'appel ; une fois réunis on les forme en colonnes différentes et en avant pour les différents exercices, qui constituent pour ces jeunes gens un vrai plaisir ; il faut voir avec quel entrain, quel zèle ils se soumettent à toutes les exigences de leurs professeurs. De cette manière les jeunes gens n'ont pas le temps de penser à autre chose qu'à leurs plaisirs en commun et à l'ambition de se distinguer pour obtenir une approbation de leurs professeurs. Une fois ces exercices terminés, ils rentrent chez eux, fatigués et heureux de pouvoir se reposer. Le lendemain recommencent l'école et les exercices comme la veille ; c'est ainsi que nous sommes parvenus jusqu'à présent à former une jeunesse très éveillée, bien portante, saine, robuste et entraînée à toutes les fatigues corporelles.

En plus des exercices de gymnastique, les jeunes gens sont exercés militairement ; chaque année, plus de deux cents jeunes gens sortant de l'école entrent au service avec des connaissances complètes des exercices et de la dicipline militaire ; ils savent aussi que plus grandes sont leurs connaissances des devoirs militaires, plus facilement ils monteront en grade. Stimulés par leur ambition, ils deviennent les meilleurs soldats et se distinguent toujours, soit dans le rang, soit sur le champ de bataille, et c'est ainsi que leur patriotisme grandit en même temps, et qu'ils sont prêts a se sacrifier avec héroïsme pour la patrie et leur empereur.

Tous ces éléments d'éducation forment un faisceau d'ensemble qui contribue et concourt, sans déployer ni de trop grands efforts, ni des sévérités hors de saison ou exagérées, à endiguer naturellement l'immoralité. Il est certain que des exceptions se produisent toujours comme partout ailleurs ; mais le nombre en est vraiment minime et les résultats obtenus jusqu'ici sont trop encourageants pour ne pas persister dans cette voie de l'éducation populaire par les exercices corporels.

L'éducation physique par la gymnastique a été introduite chez nous, sans avoir l'air d'être obligatoire, comme un plaisir décent,

agréable et très amusant ; tout le monde aujourd'hui considère comme un honneur de faire partie d'une association, et en devenir membre est pour un jeune homme adulte, voire pour un homme déjà âgé, un véritable devoir.

Voyez un peu : au début, la société *Nippon Taï-Ykukaï* ne se composait que de quelques centaines de membres. Son genre d'organisation, sa cotisation, le désintéressement dont l'association a fait toujours preuve, les sacrifices consentis, sont autant de circonstances qui l'ont rendue populaire, et aujourd'hui elle est arrivée presque à son apogée ; elle grandit toujours, soit par l'augmentation et l'extension de ses sections dans tout le Japon, soit par le nombre infini de ses adhérents.

La population a parfaitement compris le but de l'association, et elle la seconde de tout son pouvoir, parce qu'elle comprend que c'est le bien de tous qu'on poursuit. Dans les temps anciens, par exemple, lorsque des peuples se livraient des batailles, le guerrier ou le soldat se battaient sans la moindre idée de patriotisme ; la plupart du temps ils ne savaient pas pourquoi ils se battaient ; ce qu'ils savaient, c'est qu'ils y étaient forcés, et qu'on les avait arrachés à leur famille, qui les considérait comme perdus. Ils se rendaient à la guerre passivement, sans conviction, se considérant eux-mêmes comme de la chair à canon, comme une bête pour l'abattoir. S'ils en réchappaient, c'était simplement par hasard, et ils étaient réservés pour une autre fois ; on les flattait sur le moment, ce qui ne les rendait pas plus heureux. S'ils restaient sur le champ de bataille, personne ne se souciait d'eux, ni de ce qu'ils deviendraient ; il est vrai qu'on recueillait leurs ossements ; à la rigueur on en construisait même des ossuaires, et tout était dit.

Aujourd'hui tout cela est changé ; l'éducation populaire et physique, les nouvelles lois ont appris à la population à reconnaître sa propre valeur et sa force. Le soldat sait pourquoi il va à la guerre : c'est pour sa patrie, pour son empereur, pour son foyer, et surtout il sait que son honneur est en jeu, il sait que s'il succombe, il n'est plus oublié, sa patrie se souviendra de lui et de ceux qui sont restés après lui. S'il revient, ce sont de véritables honneurs qui l'attendent, et il rapporte en même temps le sentiment d'avoir accompli un devoir sacré que tout le monde sans distinction est obligé de remplir. Dans l'éducation physique et populaire par les professeurs de gymnastique, aussi bien que par ceux des écoles élémentaires et supérieures, ces sentiments sont développés et inculqués avec une grande vigueur, au point que les jeunes gens se sentent grandis moralement et prêts à tous les sacrifices.

Je ne puis vous citer un meilleur exemple à l'appui de ce qui précède, que la guerre actuelle des alliés de la Chine. Tout le monde a appris, et j'en suis fier, que mes compatriotes se sont

admirablement conduits ; les alliés eux-mêmes se sont plu à leur rendre un juste hommage, et tout le monde a reconnu que nos *petits*, mais valeureux soldats japonais, étaient toujours au premier rang de la bataille, qu'ils étaient les premiers à l'assaut et sont entrés les premiers dans Pékin.

Notre guerre précédente avec la Chine nous donna aussi la victoire complète : nos soldats, nos officiers, nos généraux *savaient pourquoi* ils se battaient. Notre cause était une cause juste, et ce sentiment était suffisant pour leur donner deux fois plus de courage, et rien ne pouvait leur résister. J'estime que ce résultat est dû en grande partie à notre système d'éducation populaire.

Il y a quelques années, l'association *Nippon Taï-Ykukaï* se composait d'un président (un général), un vice-président et un secrétaire général, et de plusieurs membres honoraires et effectifs ; mais, par la suite, cette association exerçait une influence si considérable sur la masse populaire, son importance devenait si grande, que les plus grands personnages estimaient comme un grand honneur d'être nommés membres honoraires. Aujourd'hui, les plus grandes personnalités, celle même de la cour impériale, font partie de l'association du *Nippon Taï-Ykukaï*, sous la présidence d'un prince du sang, le plus proche parent de notre empereur, le *prince Kanin No Mya*, qui a fait ses études à Paris.

Les gouverneurs (préfets) de toutes les provinces, qui ordinairement sont des membres de l'association, siègent en même temps comme conseillers-adjoints dans le Comité de surveillance ; leur but est le contrôle de la stricte observation des règlements de l'association.

Comme on le sait, nous possédons un Parlement et des députés ; comme partout ailleurs en Europe, ils aiment à parler longuement pour dire peu de chose. — Nous avons aussi un Sénat, nos pères conscrits, ainsi qu'un ministère responsable. Depuis 11 ans c'est la douzième session. Les associations de gymnastique, reconnues par les deux Chambres d'utilité publique, une loi fut votée à l'unanimité, et par acclamation, pour appuyer pécuniairement ces associations, accorder une subvention spéciale de 10,000 yens (25,000 fr.) par an pendant cinq ans, à l'association du *Nippon Taï-Ykukaï*. Cette résolution fut votée par acclamation par les deux Chambres. C'est une chose rare de rencontrer l'unanimité entre députés et sénateurs, qui d'habitude sont toujours en opposition. Cela tient toujours à la grande popularité de toutes les associations et à la conviction générale de leur utilité.

Pour donner plus de considération à ces associations, et faire ressortir quel prix le gouvernement attache de son côté au développement physique, le gouvernement, c'est-à-dire le ministre de la guerre, celui de la marine, des finances et de l'instruction

publique, ont institué et nommé des inspecteurs spéciaux affectés à ces associations, donnant en même temps l'ordre aux gouverneurs, secrétaires généraux de préfectures, ainsi qu'aux préfets de police, de surveiller dans chaque ville de leur dépendance la marche régulière et le strict accomplissement des règlements, conjointement avec les premières notabilités de chaque ville ; un décret spécial autorisait en même temps les dames à faire partie de ce Comité de surveillance et à contrôler l'exécution du programme intégral dans l'éducation physique des jeunes filles.

Depuis l'année dernière, l'association *Nippon Taï-Ykukaï*, a fait construire à *Tokio*, dans l'arrondissement de *Kanda Misa, Kichio*, un nouveau genre d'édifice pour l'administration générale de l'association, et une autre grande construction sur une partie du terrain dédié au dieu de la Guerre, appartenant au ministère de la guerre, pour la *Gymnastique générale* ; c'est un édifice splendide et de dimensions colossales, dans lequel sont réunis une grande quantité d'appareils de gymnastique ; dans ces halls immenses, on pratique tous les exercices : la gymnastique, le tir, l'escrime et le tir à l'arbalète, ainsi que beaucoup d'autres exercices de force.

Au bord du fleuve « *Sumidgauga* », à Tokio, on organisait encore un établissement de sport nautique, pour la jeunesse; la municipalité, pour témoigner l'intérêt qu'elle porte à tout ce qui concerne le développement physique populaire, participait à cette création pour 600 yens (1500 fr.).

Toutes les constructions ci-dessus mentionnées furent terminées au mois d'avril de l'année courante et solennellement inaugurées le 6 mai de la même année, sous la présidence de Sa Majesté l'Empereur; toute la cour impériale, les ministres, les sénateurs, les députés, la municipalité, ainsi que toute la population de la capitale et de ses environs y assistait. Des discours mémorables furent adressés à notre auguste souverain ainsi qu'au peuple, pour glorifier le bienfait de l'association au profit de toute la nation. Un des orateurs, pour *prouver* l'utilité et le grand rôle que joue dans la vie d'une nation l'éducation physique, citait comme exemple les héros du Transvaal, les Boërs, qui deviendront certes légendaires. Il décrivait leur vie patriarcale avant la guerre, leurs travaux, leur vie en plein air, à cheval, à pied suivant partout leurs troupeaux; leur guerre avec les Basutos, menant une vie qui développait précisément, en eux, non seulement les forces physiques, mais aussi les rendait aptes aux plus durs travaux, résistants aux plus grandes privations, développant en même temps cet amour immense et sublime du sol natal, patriotisme merveilleux, qui leur a permis d'accomplir des prodiges de valeur admirés aujourd'hui de l'univers entier et même de leurs ennemis.

« C'est un *grand petit peuple* », disait l'orateur en terminant;

imitons ces héros dans l'amour de la patrie, dans l'amour de notre dynastie régnante ; mais, pour arriver à ces sentiments sublimes, cultivons à outrance notre éducation physique, notre instruction intellectuelle ! »

Moi aussi, mes chers collègues, je suis un partisan enthousiaste de l'éducation intellectuelle, mais qui doit être conduite de front avec l'éducation physique populaire ; ce n'est que lorsqu'un peuple a la conscience de sa force physique et morale qu'il est capable de prodiges pour sa patrie ; c'est la force morale et physique, le sentiment de la justice, qui rendent un peuple fort, considéré, respecté, riche et redouté.

En ce moment, nous faisons au Japon des efforts pour réduire, diminuer le temps consacré à l'instruction intellectuelle, qui est à notre avis trop long, pour donner un peu plus de repos à l'esprit dont le corps bénéficiera toujours.

D'abord l'élève fréquenterait l'école avec plus d'amour ; son esprit serait un peu plus libre, et par conséquent plus facilement accessible à certaines études; il vaut mieux, il me semble, apprendre peu, mais bien et solidement, et retenir pour toujours, que d'apprendre beaucoup et retenir peu ou point !

Tous les efforts sont combinés à présent pour réunir ou plutôt fusionner TOUTES LES ASSOCIATIONS EN UNE SEULE, pour en former UNE ASSOCIATION UNIQUE, GRANDE ET PUISSANTE. La devise : *l'Union fait la force*, s'applique encore ici; pour éviter toute rivalité mutuelle, on se réunissait. Une telle association aurait de merveilleux résultats, deviendrait dans le vrai sens du mot l'association la plus populaire, la plus féconde pour le bien de la nation et de l'Etat.

Je veux encore mentionner notre loi sévère qui défend l'usage du tabac aux jeunes gens au-dessous de 20 ans ; non seulement les parents sont tenus responsables, mais les autorités civiles ont ordre de sévir contre les infractions et tous les contrevenants; ce sont d'abord des réprimandes, ensuite des amendes, très sensibles pour les récidivistes.

Nous considérons cette loi comme très sage, parce que l'usage du tabac, dès la trop grande jeunesse, devient plus tard un vice qui exerce, comme tout le monde le sait, une influence funeste sur le développement physique et moral.

Si on peut préserver quelquefois la jeunesse de certains vices et de certaines passions, parce que ces vices et ces passions sont *visibles*, on ne peut pas toujours en faire autant pour d'autres vices dégradants et invisibles dont les conséquences sont terribles.

Comment surveiller l'onanisme ? Je ne crois pas qu'en dehors des recommandations faites aux parents, de la plus rigoureuse surveillance de leurs enfants, on puisse inventer quelque remède pour la suppresion de cet ignoble vice.

Il a été tenté et recommandé beaucoup de choses, mais évi-

demment sans aucun succès. Je me rappelle cependant un moyen employé en Russie, dans les écoles militaires et autres établissements civils dépendant du gouvernement, aussi bien pour les jeunes gens que pour les jeunes filles. Je ne puis affirmer si le succès répond toujours à l'intention. Voici en quoi consiste ce moyen : toutes les écoles militaires, ainsi que les écoles civiles dépendant du gouvernement, sont soumises à une très sévère discipline : c'est ainsi, que lorsque les jeunes gens sont couchés dans d'immenses dortoirs, bien éclairés pendant toute la nuit, les surveillants, en se relevant toutes les deux heures, ont la garde de ces dortoirs ; le moyen ne consiste pas dans la surveillance qu'on peut toujours tromper, mais dans le procédé de couchage ; les jeunes gens et les jeunes filles (surveillées par des surveillantes dans les pensionnats) doivent tenir leurs mains *sur* la couverture ; il est très rigoureusement défendu de les tenir *sous* les draps ou *sous* les couvertures.

Si le moyen employé, assez original, n'est pas radical, je suppose toutefois qu'il peut diminuer tant soit peu le degré de ce vice et même l'enrayer.

Je crois que le meilleur et le plus sûr moyen, c'est que les parents eux-mêmes veillent rigoureusement sur leurs enfants ; qu'ils s'abstiennent devant eux de toute parole grossière, de tout geste indécent, de s'habiller en leur présence, etc. Des actes familiers, journaliers au point que, sans penser à quelque immoralité, les parents procèdent comme à une habitude, sans se gêner devant les enfants, peuvent éveiller en eux de mauvaises idées. Certes on ne peut pas édicter des lois, on ne peut pas surveiller tous les actes des jeunes gens, mais seulement faire comprendre aux parents, leur expliquer, si c'est nécessaire, que lorsque le vice se manifeste, il faut, dès le début, *catéchiser* les jeunes gens eux-mêmes, leur faire comprendre les terribles suites de ces vices. Un autre fléau, un autre *crime*, qu'on commet contre la jeunesse dans beaucoup de pays civilisés, et qui a fait son apparition chez nous aussi, ce sont les annonces ignobles dans les *Vespasiennes*. Annonces pour la plupart charlatanesques et au plus haut degré immorales ! On ne se figure pas la funeste influence qu'exercent sur des jeunes gens ces avis malsains ; les plus innocents réfléchissent, s'ils ne comprennent pas tout de suite la signification, et cherchent à savoir et à comprendre, et éveillent ainsi en eux des idées malsaines qui sont capables de les pervertir.

Je ne veux pas parler de ces médecins malavisés, qui, dans un but intéressé, font marché de la moralité publique ; c'est aux autorités locales à sévir, et très sévèrement, contre cet abus, et ne pas tolérer ces annonces dans les lieux publics. On dira que ce sera toujours quelque chose, et cela diminuera quelque peu l'extension immorale; on aura aussi la conscience de combattre l'immoralité partout et par tous les moyens.

Je demande donc la suppression totale de ces fausses annonces dans les lieux publics.

Aujourd'hui,dans tous les pays civilisés, un symptôme d'inquiétude s'est emparé de tout le monde : les maladies connues et inconnues sévissent dans les grandes villes avec plus ou moins d'intensité ; les gouvernements, les Facultés, les hommes de science, s'inquiètent et cherchent tous les moyens d'introduire dans leur pays les systèmes hygiéniques. Certes, c'est excellent ; mais les vices, les passions ne s'arrêteront qu'au moment où la population elle-même aura compris que le salut, le bonheur des familles et des enfants consiste, non seulement dans la stricte observation de de l'hygiène, de la propreté corporelle, dans les plaisirs, les joies modérés, *mais principalement dans l'éducation physique et le développement du corps* : « *Mens sana, in corpore sano.* »

Le corps bien développé, fort, sain, nourri convenablement, rend l'esprit fort, ouvert à la compréhension, gai, capable de résoudre les problèmes les plus difficiles, forme la moralité en même temps, est capable de toutes les générosités, et surtout développe avec des exemples devant les yeux —qui ne manquent jamais — le désir d'imiter les hommes célèbres passés, et, grâce à Dieu, beaucoup encore des vivants, capables d'accomplir des prodiges de valeur, capables de produire des grands hommes de science, comme PASTEUR, BEHRING, ROUX, VIRCHOW, GLADSTONE EDISON, MARCONI, etc., etc., tous hommes de la plus haute moralité, capables de se sacrifier pour l'humanité et pour la patrie, dignes en tous points d'être offerts en exemple aux générations futures.

Je préconise donc jusque dans la plus petite localité la création d'établissements *pour l'éducation physique populaire, la première source de la force corporelle qui donne ensuite des hommes et des peuples forts, capables de produire une génération saine, brave, courageuse, véritable image* D'UNE GRANDE NATION !!!

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant par la radioscopie (1). — MM. VARIOT et CHICOTOT. — La radioscopie fournit dans la pneumonie franche de l'enfant un précieux élément de diagnostic. Sur cinquante pneumonies, jamais ne manqua la tache d'ombre caractéristique de l'hépatisation pulmonaire. Et que l'on ne croie pas que l'examen radioscopique soit difficile à pratiquer;

(1) Société médicale des hôpitaux, 11 janvier 1901.

rien de plus simple que de porter devant l'appareil l'enfant chaudement enveloppé dans une couverture. D'ailleurs, la radioscopie suffit; elle permet de faire rapidement un calque, aussi exact que l'épreuve radiographique.

Il ne faut cependant pas exagérer, et ni la radioscopie ni la radiographie ne doivent supplanter l'ausculation et la percussion; ces nouveaux modes d'investigation ne peuvent que compléter les anciens, mais ils sont les seuls qui révèlent une pneumonie centrale, que l'auscultation et la percussion sont impuissantes à déceler.

Mort subite des syphilitiques héréditaires. — M. Gastou. — Un jeune enfant de sept semaines fut apporté par sa mère dans le service du professeur Fournier. Il présentait sur les fesses des syphilides ulcéreuses. La santé générale était bonne. Brusquement il fut pris de diarrhée, puis de dyspnée; l'auscultation ne laissait rien percevoir. Il eut un épistaxis et mourut subitement. A l'autopsie nous avons trouvé les lésions typiques de la syphilis viscérale de l'enfance avec quelques particularités intéressantes : de la veine porte partaient des réseaux fibreux se poursuivant sur le mésentère jusqu'aux ganglions. Du côté du foie, on notait de semblables lésions périportales. La congestion de tous les viscères était intense, et le foie présentait les lésions typiques du foie syphilitique. Or, il est remarquable que la mère avait eu la syphilis vingt ans auparavant; que cette syphilis avait évolué en atténuant progressivement ses effets sur la descendance, car le premier enfant était mort de convulsions peu après la naissance. Le deuxième avait succombé à trois semaines. Le troisième vit et présente des malformations. Le quatrième et le cinquième sont à peu près sains en dehors de l'existence d'un front olympien très accentué. Le père du dernier des enfants, de celui qui fait l'objet de cette communication, était syphilitique. Le père des quatre premiers ne paraissait pas l'être. Il semble donc que l'influence de la syphilis paternelle ait été dans ce cas très accentuée et qu'on lui doive la mort de cet enfant né après une série de sujets à peu près bien portants.

Lésions bulleuses et purpuriques (1). — M. Du Castel. — Une jeune fille robuste et bien développée présente, depuis trois mois, sur les jambes, de l'œdème et des lésions papuleuses et purpuriques. Il y a eu aussi, à certains moments, de véritables bulles qui se sont ulcérées. Toutes ces manifestations apparaissent sous forme de poussée tous les huit ou dix jours. Les membres supérieurs sont aussi atteints et, à chaque poussée, il se fait une couronne de taches purpuriques autour de l'aréole du sein. La

(1) Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 10 janvier 1901.

malade est peu nerveuse ; elle a cependant un peu d'anesthésie pharyngée.

Hérédo-syphilis (1). — M. EDMOND FOURNIER présente un jeune homme, fils d'une mère syphilitique. On retrouve chez lui un certain nombre de stigmates dystrophiques. Actuellement, il présente une ulcération qui a détruit presque entièrement le prépuce. Il ne peut s'agir ni de chancre induré, ni de chancre mou, mais bien d'une ulcération tertiaire.

Chez un second malade, âgé de cinq ans et atteint de sclérose cérébrale syphilitique, les incisives médianes supérieures offrent l'aspect typique des dents d'Hutchinson.

Alopécie pseudo-péladique. — M. DARIER a vu un jeune homme chez lequel est apparue, il y a dix-huit mois, à l'occasion de syphilides, une plaque d'alopécie pubienne. Depuis un an, il y a également une large plaque sur la jambe droite, et sur la tête de nombreuses taches très petites, absolument glabres. Le cuir chevelu est intact ; il ne présente pas de folliculites. Le malade est fortement neurasthénique; il a, de plus, quelques malformations congénitales, nœvi, hidradénomes.

Dilatation of the colon (*Dilatation du côlon*) (1). — F.-T. STEWART et ALFRED HAND. — Garçon de six ans, reçu à l'hôpital d'Enfants de Philadelphie, le 29 juillet 1899 ; nourri au lait condensé et au sein. Vers trois mois, on note le gonflement du ventre ; depuis la naissance, on fut obligé de recourir aux purgatifs et aux lavements en raison de la constipation opiniâtre. Il restait parfois trois semaines sans aller à la selle, quoique les matières ne fussent pas dures, mais demi-solides, et parfois liquides.

L'enfant est peu développé, anémique, dyspnéique, avec un abdomen excessivement distendu, tympanisé, refoulant en haut la pointe du cœur. Le toucher rectal montre que la fin de l'intestin est vide et que le sphincter interne est plutôt étroit. La circonférence abdominale mesure au-dessus de l'ombilic 71 centimètres.

On prescrit le massage de l'abdomen avec de l'huile d'olive, la galvanisation des muscles abdominaux, les injections hypodermiques de strychnine (1 milligramme par jour) dans la paroi abdominale le long du côlon. Mais la peau était si tendue qu'on les fit dans la suite au bras. Résultat excellent. Deux semaines après, la circonférence était tombée à 58 centimètres 5 (diminution 12 cent. 5). L'enfant a ensuite quitté l'hôpital pour être admis dix jours après au *Pensylvania Hospital*, où M. STEWART l'a vu.

(1) Société française de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 10 janvier 1901.

(2) *Arch. of Ped.*, mars 1900.

Entré le 30 août 1899, l'enfant mourut dix-sept jours après avec des ulcérations du cuir chevelu, de l'amaigrissement, un état cachectique.

A l'autopsie, le côlon était si développé qu'il cachait tous les viscères abdominaux ; il avait 17 centimètres de diamètre à son état de distension et 17 centimètres de circonférence quand il était revenu sur lui-même. A 10 centimètres de la valvule iléocœcale, existait un rétrécissement fibreux, dur, de 5 centimètres de circuit ; à 30 centimètres de l'anus, rétrécissement semblable de 5 centimètres de circonférence, et entre ces deux détroits, on voyait de nombreuses ulcérations mesurant de 3 à 5 centimètres de diamètre. Les parois coliques étaient dures, épaissies, rugueuses. Le rectum avait 16 centimètres de circonférence. Ces faits montrent qu'il s'agissait d'une hypertrophie congénitale avec dilatation du côlon et du rectum.

Ueber faule Ecken, d. i. geschwürige Mundwinkel bei Kindern (*Sur la perlèche ou ulcération de la commissure labiale chez l'enfant*)(1). — Alois Epstein. — La perlèche est une affection limitée à une commissure ou étendue aux deux. A l'entour la peau est pigmentée, l'épiderme épaissi, quelquefois comme macéré. On voit une ou plusieurs fissures transversales, superficielles, qui saignent facilement. Généralement la lésion n'atteint la peau que dans une étendue de 2 à 5 millimètres. La durée de l'affection est de deux à trois semaines, mais elle peut être plus longue et marquée par des poussées successives. La guérison peut être spontanée ; il persiste quelque temps une petite cicatrice blanche.

L'affection est plus fréquente après l'âge de deux ans, et en hiver. On la voit surtout chez les pauvres, là où l'hygiène est défectueuse.

Le diagnostic est à faire avec l'eczéma circulaire des lèvres, l'herpès labial, et surtout les plaques syphilitiques. Ces dernières ont des exsudats plus épais et plus étendus, les parties voisines de la lèvre, de la muqueuse buccale sont intéressées, les bords sont plus à pic.

Il n'y a ordinairement pas de complications ; dans cinq cas l'auteur a vu coexister la diphtérie.

Ueber chronisch recidivirende exsudative Anginen im Kindesalter (*Sur les angines exsudatives récidivantes de l'enfance*). — Rudolf Fischl (2) appelle l'attention sur des angines survenant surtout à partir de la deuxième année, récidivant à un intervalle de quelques semaines, plus rares à la puberté. Elles frappent des enfants arthritiques ; assez souvent la même disposition existe chez la mère. L'affection est surtout fréquente dans des familles qui habitent le voisinage d'écuries ; il semble s'agir là d'un cyle d'évolu-

(1) *Jahrb. f. Kinderheilk*, 1900.
(2) *Jahrb. f. Kinderheilk*, 1900.

tion morbide où il y a, à de certaines périodes, recrudescence de virulence de la flore buccale. Le streptocoque n'est pas seul en jeu dans ces infections; le staphylocoque, le pneumocoque y jouent un rôle. L'hypertrophie des amygdales ne semble pas y prédisposer ni en être la conséquence. La contagiosité de ces angines est bien établie. Généralement on n'observe pas de complications telles qu'albuminurie, néphrite, endocardites, arthrites.

Ueber Milchsterilisation (*Sur la stérilisation du lait*). — ADOLF WINTER (1). — La stérilisation fractionnée n'est pas à recommander en pratique ; la meilleure méthode est la stérilisation à 125-130° pendant quelques secondes ; mais en pratique il est plus simple de porter à une température de 100 3/4 à 102°, au moins pendant vingt minutes, et au plus pendant une demi-heure. Si le lait doit être gardé plus d'un jour ou transporté au loin, on le refroidit à une température au-dessous de 15°, et on l'y maintient en l'enveloppant dans des corps mauvais conducteurs de la chaleur. Il ne peut pas encore être question d'une réelle et durable stérilisation du lait ; ce qui l'empêche, c'est le bacillus mesentericus.

CHIRURGIE

Spina bifida. — M. KIRMISSON lit son rapport sur la communication faite à la Société (2) par M. GOSSET au sujet d'une opération de spina bifida. Il s'agissait d'un spina bifida de la région lombo-sacrée qui fut opéré par M. GOSSET le 27 mars 1900, le lendemain de la naissance de l'enfant. Les suites immédiates furent parfaites. L'enfant fut ramené le 18 avril parce qu'il avait des attaques convulsives. Les fontanelles présentaient une tension assez accusée. M. GOSSET, à l'aide d'une ponction, évacua 20 centim. cubes de liquide céphalo-rachidien. Les convulsions disparurent pour réapparaître bientôt après. On refit une ponction évacuatrice le 4 mai. Les convulsions cessèrent et, en novembre dernier, l'enfant était en bon état, présentant toutefois un volume un peu exagéré du crâne. M. KIRMISSON insiste sur l'intérêt qu'il y aura à suivre cet enfant, car dans le spina bifida la guérison opératoire n'est rien, tout l'intérêt réside dans les résultats éloignés de l'intervention ; la guérison thérapeutique est tout.

Pour ce qui est de l'opération elle-même, le gros danger qu'il faut chercher à éviter c'est l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Aussi faut-il toujours faire une suture aussi exacte que possible. Quand l'orifice de communication est étroit, M. KIRMISSON fait, après dissection, une ligature en masse. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien est accompagné d'un suintement perpétuel qui s'oppose à l'union des tissus ; il est une cause d'épuisement et laisse une porte ouverte à l'infection. La longue

(1) *Jahrb. f. Kinderheilk*, 1900.
(2) Société d'obstétique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, 14 janvier.

durée de l'intervention et l'abondance de l'écoulement sanguin ne permettent pas de recourir aux opérations ostéoplastiques chez les très jeunes enfants. Au point de vue du pronostic, il faut faire une très grande différence suivant qu'il s'agit de nouveau-nés ou d'enfants très jeunes, chez lesquels les opérations, même le mieux faites, sont presque fatalement suivies d'hydrocéphalie, ou qu'il s'agit de sujets plus âgés, d'adultes chez qui on intervient dans des conditions infiniment plus favorables.

Pied-bot congénital double, guéri par le redressement manuel méthodique. — M. Frœlich présente (1) un enfant âgé actuellement de 16 mois. Cet enfant était atteint de pied-bot varus équin congénital double très accentué, comme le montre une photographie prise un mois après la naissance. Le côté droit était plus malade que le côté gauche. L'axe du pied faisait avec l'axe de la jambe un angle d'extension de 130°. L'angle d'adduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied était de 100°. Le varus faisait en sorte que la plante du pied regardait en dedans et en arrière. La guérison est parfaite, et rien dans la forme du pied ne permet plus de supposer qu'il a été atteint de pied-bot.

Le procédé employé a été le redressement manuel méthodique, décrit dans la thèse de Humbert (Nancy, 1899) et dans un travail de la *Revue médicale de l'Est* de la même année ; les moyens de fixation, la bande de flanelle, l'attelle de Saint-Germain, puis la traction élastique, et enfin le plâtre. En 3 mois les pieds étaient redressés et pouvaient être amenés sans effort dans la position normale. — Une opération ne saurait dans un temps aussi court, et avec une innocuité aussi absolue, produire un pareil résultat.

Mastoïdite chez l'enfant (2). — Menière. — Je vais donner un certain nombre de conclusions qui me paraissent justifiées par la clinique.

1° La mastoïdite, suite d'otite moyenne aiguë purulente, est plus rare chez l'enfant (8 fois sur 1103 cas) que chez l'adulte (33 fois sur 438 cas).

2° Chez l'enfant, la mastoïdite, comme complication de l'otorrhée purulente chronique, se rencontre assez souvent (356 fois sur 1748 cas).

3° L'apophyse, dans les premières années, étant formée par du tissu spongieux se résorbant petit à petit, on s'explique facilement la marche lente, indolore et insidieuse des affections qui frappent les cellules mastoïdiennes.

4° Chez les jeunes sujets, la carie envahissant les cellules de dehors en dedans, sans lésion de la caisse, ne sont pas très rares (32 cas).

5° La marche de la carie mastoïdienne évoluant de l'intérieur

(1) Société de médecine de Nancy, séance du 9 mai 1900.
(2) XIII° Congrès international des sciences médicales.

à l'extérieur, sans douleurs et sans symptômes généraux, est un fait communément observé chez les jeunes sujets prédisposés, dont l'otorrhée n'a pas été soignée ou l'a été mal.

6° La carie suivie de nécrose et de formation de séquestres n'est pas très rare chez les enfants (34 fois sur 1748 cas).

Je note la facilité d'élimination de ces séquestres et l'absence de toute complication de voisinage dans le courant de la maladie.

7° Il faut signaler aussi, chez les jeunes enfants, la rareté des complications, abcès extra ou intra-duremériens, thrombose du sinus, etc. (0 sur 2651 cas), tant aigus que chroniques.

8° Pour ma dernière conclusion, la plus importante : malgré la bénignité relative des diverses complications mastoïdiennes, chez un grand nombre d'enfants, j'estime que lorsque des soins bien entendus, lavages méthodiques, thérapeutique antiseptique, etc., sont restés sans effet et ne modifient pas progressivementla suppuration, il faut :

A. Enlever les osselets qui sont le siège de la carie et entretiennent l'écoulement purulent.

B. Si, par cette méthode qui donne des succès, on n'obtient pas une guérison absolue, il est urgent de trépaner l'apophyse au lieu d'élection, et y joindre, si besoin est, la trépanation de la caisse, suivant les indications de Broca, opération qui permet d'obtenir une guérison complète, dans la grande majorité des cas.

Si j'insiste sur la nécessité d'une méthode aussi radicale c'est que l'expérience démontre que l'infection mastoïdienne se fait lentement, progressivement, sans que des symptômes nets et précis permettent de la diagnostiquer.

Les infections adénoïdiennes ou spéléopathiques (1). — Gallois. — Parmi les complications attribuées aux végétations adénoïdes, on n'a pas fait jusqu'ici une place suffisante aux accidents d'ordre infectieux, aux infections adénoïdiennes. Il y a sur ce point, dans les traités classiques, une lacune qu'il importe de combler. Sans doute, quelques-uns de ces accidents ont déjà été signalés, mais leur liste n'était pas complète, et il est utile d'en présenter une vue d'ensemble.

I. Infections portant sur les adénoïdes elles-mêmes. Les adénoïdes peuvent être le siège d'une inflammation aiguë, d'une *adénoïdite*, celle-ci peut être dans certains cas l'origine d'une véritable septicémie mortelle. L'inflammation chronique, la *rhino-pharyngite* est une menace permanente d'infection générale qui peut se réaliser à l'occasion d'une des maladies (grippe, scarlatine, rougeole, etc.) qui portent leur action sur la gorge.

II. Infections de surface propagées aux muqueuses voisines. — Si l'infection est descendante, on peut noter l'*amygdalite aiguë* sous

(1) XIIIe Congrès international des sciences médicales. — Paris, 1900. — Section de médecine interne.

forme d'*angine pultacée* ou d'*angines membraneuses pseudo diphtériques*, ou d'*angines phlegmoneuses*. Ces diverses variétés d'angines ne se rencontrent guère que chez les adénoïdiens. L'*hypertrophie des amygdales* est presque toujours associée aux adénoïdes. Les *laryngites* aiguës ou chroniques sont fréquentes chez les adénoïdiens. Elles affectent souvent le type *striduleux* ou le type *coqueluchoïde*. Chez les mêmes malades, on note souvent de la *trachéite*, et des *bronchites* aiguës ou chroniques, ayant parfois le caractère *asthmatiforme*.

Dans d'autres cas, c'est du côté de l'appareil auditif que l'infection se propage, provoquant l'*eustachite*, l'*otite*, la *mastoïdite* et exposant à des complications cérébrales ou méningitiques, à la thrombose des sinus.

Si la propagation se fait en avant, l'adénoïdite produit la *rhinite*, puis ultérieurement l'appareil oculaire peut être atteint (*dacryocystite*, *conjonctivite*, *kératite phlycténulaire*, *blépharite ciliaire*, *orgeolets*). Des *sinusites* sont également possibles. On voit que toutes les parties de ce que je propose d'appeler la grotte faciale sont solidaires dans leurs affections. Une affection née en un point quelconque des voies aériennes supérieures ou de leurs annexes peut se propager à tout l'ensemble. Toutes les affections de cette grotte faciale (nez, pharynx, appareil auditif, appareil visuel, sinus) peuvent produire les mêmes infections que les adénoïdes elles-mêmes. Aussi peut-on, pour plus d'exactitude, donner à ces infections le nom d'infections spéléopathiques (de σπήλαιον, grotte).

III. Infections de surface propagées a la peau du voisinage. — La peau de la face rentre dans l'orbite pathologique de la grotte faciale. Les lésions du nez ou de l'appareil lacrymal peuvent y provoquer l'*érysipèle*, l'*impetigo*, l'*eczéma*, le *lupus*, peut-être aussi la *couperose*.

IV. Infections ganglionnaires. — Les accidents précédents rentraient presque tous dans le cadre de l'ancienne scrofule. Les adénites cervicales viennent compléter le tableau. Celles-ci peuvent affecter des types divers : *fièvre ganglionnaire*, *hypertrophie des ganglions du cou*, *écrouelles* véritables. A cette liste il faut sans doute ajouter aussi la *micropolyadénopathie généralisée* de Legroux, l'*adénie* de Trousseau, la *lymphadénie ganglionnaire*, les *lymphômes tuberculeux*, qui semblent avoir bien souvent une origine rhino-pharyngienne.

V. Infections par cheminement interstitiel. — Les microbes ne sont pas toujours drainés par les canaux lymphatiques. Ils peuvent cheminer de façon latente à travers les interstices des tissus, et aller former, plus ou moins loin de leur point de départ, des lésions importantes. Les *abcès cérébraux* et *cérébelleux* sont des exemples très nets d'accidents dus au cheminement interstitiel des

microbes, à la suite d'une otorrhée. Du même mécanisme relèvent souvent les plaques de *méningite tuberculeuse*, des *névrites* de nerfs craniens. Du côté de l'appareil visuel, certains *abcès orbitaires*, l'*iritis*, peut-être aussi le *décollement de la rétine*, peuvent être dus à une diapédèse de microbes provenant du nez ou de la gorge.

VI. Infections sanguines.— Les adénites cervicales étant parfois tuberculeuses, le bacille de Koch est entré dans l'organisme et peut produire toutes sortes de tuberculoses, *tuberculose pulmonaire* ou *ostéo-articulaire*, *granulie*, etc. Ainsi se trouve complété le tableau de la scrofule, comme j'ai cherché à le montrer dans mon livre sur *la Scrofule et les Infections adénoïdiennes*.

Mais il y a encore d'autres infections sanguines relevant de la même origine, sur lesquelles j'ai également attiré l'attention. On peut observer des *néphrites* et des *endocardites*, du *rhumatisme aigu* ou *chronique*; la *chorée* peut être également la conséquence d'une infection rhino-pharyngienne, ce qui expliquerait ses relations avec le rhumatisme et l'endocardite. Il peut en être de même du *purpura*.

En somme, les affections chroniques de la grotte faciale, les spéléopathies, sont une porte d'entrée ouverte en permanence aux infections microbiennes. Il importe, par suite, de pratiquer une désinfection constante des voies aériennes supérieures, surtout quand elles sont malades. Et c'est là un soin qui incombe autant aux médecins de famille qu'aux spécialistes.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Respiration artificielle chez les enfants nouveau-nés (1).—M. Champneys (Londres).— Les deux phases de l'asphyxie: — *a*) « apoplectique » ou bleue; — *b*) « syncopale » ou pâle. Leurs rapports réciproques. Les cas d'ordinaire les plus mauvais sont ceux où la tête vient dernière; ils ne peuvent donc pas être attribués à une pression sur la tête.

Asphyxie : exagération d'un « besoin d'air » physiologique, « nécessité de respirer ». — Sa manière de se produire; — efforts inspirateurs prématurés; — leurs causes et leurs conséquences.

Survie des enfants morts en apparence. — Cas remarquables.

Pronostic dans les cas de mort-nés; — son importance. — Certitude de la mort.

Diagnostic de la période d'asphyxie; — son importance. — En pratique, tous les cas d'asphyxie sérieux sont pâles.

Inutilité de la stimulation réflexe dans le cas d'asphyxie pâle. — Etat des pupilles largement dilatées dans l'asphyxie profonde, — contractées quand la respiration, mais non la circulation, est rétablie.

(1) Congrès de Paris, section d'obstétrique, séance du 6 août.

Modes de respiration spasmodique, régulière ou mixte. — Pronostic dans chacun de ces modes.

Question de la saignée du cordon ombilical comme méthode thérapeutique. — Question de la ligature prématurée ou tardive du cordon. — Apparence trompeuse des enfants « livides ».

Buts de la respiration artificielle :

1° Enlever les corps étrangers des voies aériennes ;

2° Procurer l'ouverture des voies aériennes ;

3° Excitation de la circulation ;

4° Ventilation des poumons : *a*) enlèvement des corps étrangers des voies aériennes par manipulation, — par cathéter — manière de s'en servir ; — *b*) procurer l'ouverture des voies aériennes : — la méthode de Schultze seule (de toutes les méthodes par manipulation) la procure. — La traction de la langue n'élève pas directement l'épiglotte (allusion à la « traction rythmée de la langue »). — Elever le menton est inutile chez les enfants. — Pencher la tête en arrière est inutile pour ce but. — Du cathéter. — Moyen de s'en servir.

5° Excitation de la circulation dépend de la ventilation des poumons, — Pression sur la « région précordiale » amène la pression du sang. — Objection théorique à encourager la circulation du sang impur.

6° Ventilation des poumons. — Deux méthodes de manipulation efficaces, — à savoir : celles de Schultze et de Silvester. — La méthode de Schultze produit une respiration costale supérieure non naturelle, quoique la plus puissante. — La méthode de Schultze fait descendre aussi le diaphragme. — Méthode de Schultze. — Ses avantages et ses désavantages.

Méthode de Silvester. — Ses avantages et ses désavantages. — Méthodes de Marshall-Hall et de Howard inutiles pour les enfants.

Insufflation directe des poumons. — Canules. — Méthode de bouche à bouche. — Objection à cette méthode : — *a*) danger de rupture des poumons, — *b*) danger de l'infection tuberculeuse, — *c*) danger de l'insufflation de l'estomac.

Considérations sur chacun de ces procédés. — Action de la chaleur : favorable ou défavorable. — Sa meilleure application.

Traitement de certaines malformations du nez. — J. Baratoux. — Les déformations du nez sont dues généralement à un arrêt de développement de la crête du nez, habituellement donnant lieu au *nez ensellé* ou au *nez retroussé*, ou bien à un traumatisme ou à une destruction des parties cartilagineuses ou osseuses consécutives à la syphilis, la tuberculose, la fièvre typhoïde, la variole, etc., ou à des hypertrophies, ou à des tumeurs.

Les cas sont plus rares de déformations dues à un développement exagéré de la cloison sans déviation de celle-ci.

Nous avons eu l'occasion de voir une jeune fille, âgée de 22 ans,

qui présentait un développement du nez en *bec de perroquet*, partant de la bosse nasale pour venir se terminer à la sous-cloison. Ce nez avait encore cette singularité qu'au dire de la malade il s'allongeait et que le bout du nez descendait pour former une boule se rapprochant de la lèvre supérieure, en dépassant de beaucoup le niveau de la sous-cloison.

Ce qui décida la jeune fille à venir nous demander la guérison de cette difformité, c'est que depuis l'*affaire Dreyfus* elle était constamment insultée dans la rue, à cause de son nez juif exagéré.

J'incisai tout d'abord la muqueuse au niveau de la sous-cloison dans la narine gauche, en décollant le cartilage, de manière à conserver intacte la muqueuse de la fosse nasale droite, puis je réséquai un morceau triangulaire de la partie inférieure du cartilage de la cloison (sa base étant tournée vers le lobule).

J'incisai ensuite la muqueuse des fosses nasales, depuis la partie médiane des os du nez jusqu'à un demi-centimètre de la pointe du nez ; je décollai la muqueuse de la cloison de la fosse nasale droite. Après section du cartillage au moyen de ciseaux et de la pince coupante de Asch, et après abrasion de la partie antérieure des os du nez trop saillants, je suturai en deux points la muqueuse à la partie interne de la paroi du dos du nez. Tamponnement des deux fosses nasales, en laissant deux tubes à la partie inférieure pour faciliter la respiration, puis application d'un moule composé de bandes agglutinées au collodion en relevant fortement la pointe du nez pour attirer la peau vers le front.

Huit jours après, enlèvement du pansement. Le nez a pris une forme régulière, qui met complètement la malade à l'abri des sarcasmes.

De l'électricité dans les affections cutanées (1).— FOVEAU DE COURMELLES.— Toutes les formes électriques trouvent leur application en dermatologie, depuis la lumière électrique, l'effluve de haute fréquence, les rayons X, jusqu'à l'électricité statique, les courants continus, sous forme d'*électrolyse positive* avec aiguilles multiples enfoncées en la peau ou la tumeur, qui est le traitement de choix pour les *nævi vasculaires* ou les *angiomes* extérieurs. L'implantation perpendiculaire est préférable à la transfixion longitudinale. L'insensibilisation doit se faire par les chlorures de méthyle ou d'éthyle plutôt que par les injections sous-cutanées, qui laissent souvent des traces ou des cicatrices. La durée du traitement varie avec l'étendue et l'âge de la lésion. Les *nævi pigmentaires*, souvent accompagnés d'*hypertrichose*, sont plus longs à traiter et se trouvent mieux de l'*électrolyse négative*, voire de l'*électrolyse bipolaire*.

Avec adjonction médicamenteuse, *biélectrolyse*, en bains

(1) XIIIe Congrès international de médecine, Paris 1900.

locaux, les courants continus améliorent certains psoriasis, mais les *effluves statiques* et *de haute fréquence* agissent plus vite.

La *lumière électrique* compte maintenant un certain nombre de succès contre le *lupus*. J'ai employé deux fois les rayons X, une fois sans résultat, dans un cas où la tuberculose pulmonaire et la syphilis évoluaient avec l'affection cutanée du visage, et une autre fois avec plein succès, pour un lupus étendu de la face chez un individu sain, sauf cette lésion. Ce patient de 32 ans avait vu, en quatre ans, sa manifestation cutanée détruire la cloison nasale, prendre le nez, les joues, le tour des yeux... et cela, malgré les traitements les plus variés des médecins les plus autorisés, médications spécifiques, — que rien ne justifiait en l'espèce — ou autres. En 140 séances d'une demi-heure, la guérison fut parfaite. La dermatite du début fut supprimée ensuite par une plaque d'aluminium reliée au sol et interposée entre le patient et le tube de Crookes.

Traitement de la gale chez l'enfant. — Léon Perrin a obtenu de bons résultats de l'usage de la formule suivante :

Frictionner assez fortement la peau le soir avec la pommade suivante :

℞	Huile de camomille camphrée	100 gr.
	Onguent styrax	20 gr.
	Baume du Pérou	5 gr.

Le lendemain matin faire prendre un bain savonneux.

La guérison se produit au bout de quelques jours.

Du sérum musculaire (1). — Ch. Richet. — Si l'on comprime de la chair musculaire au moyen d'une forte presse, on obtient un liquide rouge, riche en matières protéiques. J'ai montré que ce liquide, ingéré par les chiens, les guérissait définitivement de la tuberculose inoculée, pourvu que la dose ingérée fût suffisante, soit de 20 cc. par kilogr. d'animal. Avec l'aide de J. Héricourt et A. Perret, j'ai poursuivi l'étude chimique et physiologique de ce produit. Je propose de l'appeler *sérum musculaire* ou *myosérum*.

Avec une forte presse (25 kilogr. par centimètre carré), on peut obtenir par première expression, en opérant avec de la viande de bœuf, environ 33 % de liquide. Encore doit-on procéder avec lenteur. Jamais on ne peut dépasser, même par plusieurs compressions successives, le chiffre de 40 %. Avec la viande congelée, on obtient sans peine 50 %.

Ce sérum musculaire filtre comme de l'eau, à travers le papier, malgré sa richesse en albuminoïdes; et cette facilité de filtration permet de l'avoir immédiatement privé de graisses et de tout élément morphologique.

Avec la chaleur ou l'acide nitrique, il se coagule en masse. Sa densité moyenne est 1033.

(1) Académie des science, séances du 21 janvier 1901.

La réaction, si l'on a employé de la viande fraîche, est d'alcalinité trop faible pour être dosée.

La constitution chimique du myosérum est la suivante (pour 1000 gr.) :

Extrait sec	67,10
Cendres	8,9
Azote total	10,50
Azote des albuminoïdes	8,05
Azote des matières azotées solubles dans l'alcool à chaud	2,52

Il existe des traces de glucose.

Une des matières albuminoïdes est une hémoglobine qui présente tous les caractères de l'hémoglobine du sang. Si le sérum est abandonné à lui-même, par suite des oxydations qui se produisent, l'oxygène disparaît et la liqueur devient d'un noir brunâtre foncé, en une ou deux heures, selon la température, après l'extraction.

Le sérum musculaire est très facilement altérable. Même à 0°, en quelques jours, il est putréfié. En été, à la température extérieure, en une ou deux heures, il s'est déjà altéré. C'est un fait important à connaître, car les légers accidents parfois observés après ingestion de ce sérum ne sont attribuables qu'à ce commencement très rapide de putréfaction.

Injecté dans la veine ou sous la peau, à la dose de 5 cc. par kilogramme d'animal, le sérum musculaire produit un abaissement considérable de pression artérielle et un état de demi-stupeur et de coma qui se termine en vingt-quatre ou quarant-huit heures, quelquefois même au bout de quelques heures, par la mort de l'animal. Vomissements, diarrhée sanguinolente et ténesme rectal intense. A l'autopsie, les intestins et le foie sont extrêmement congestionnés : souvent même la congestion est telle qu'il y a des hémorragies péritonéales et des ruptures de vaisseaux dans le foie. Le sang est coagulable. Pas de lésions apparentes des reins ; ni hémoglobinurie, ni albuminurie.

Des doses de 3 cc. par kilogramme peuvent même, dans certains cas, amener la mort, mais plus tardivement : en général, la dose de 3 cc. est tolérée, mais c'est la limite (moyenne de vingt-cinq expériences).

Il est presque inutile d'ajouter qu'après coagulation par la chaleur le sérum est devenu absolument inoffensif, même à la dose de 30 cc. par kilogramme.

Il est remarquable de voir qu'un produit alimentaire, comme le sérum musculaire, possède une action toxique aussi intense. Il faut donc admettre que la digestion stomacale ou, mieux encore, l'assimilation hépatique, détruisent, en les modifiant, les toxines actives qu'il contient.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 8 janvier 1901.

Présidence de M. KIRMISSON

Pneumonie à bacilles typhiques. — M. Tollemer. — Au décours d'une fièvre typhoïde à séroréaction positive, un enfant fut pris de dyspnée, de pleurodynie droite, sans élévation de température, du moins au début. Le quatrième jour, la fièvre s'éleva à 39° 3. En même temps apparaissent tous les signes physiques d'une pneumonie dans le lobe inférieur droit.

Les crachats contenaient quelques streptocoques peu virulents et un grand nombre de bacilles d'Eberth. Pas de pneumocoques; l'inoculation à la souris blanche a été négative.

Hémoglobinurie paroxystique syphilo-héréditaire. — M. Le Gendre. — Une fillette de six ans, syphilitique héréditaire, mais qui, soumise au traitement antisyphilitique, s'était bien développée jusque-là, présenta des accès d'hémoglobinurie paroxystique, s'accompagnant de frissons, de nausées et de pâleur. Le traitement spécifique fut repris, et l'hémoglobinurie ne tarda pas à disparaître. Elle ne se produit plus, même quand l'enfant s'expose au froid.

Epilepsie jacksonnienne hérédo-syphilitique. — M. Le Gendre. — Une enfant de quinze mois, fille de syphilitique, née prématurément, mais n'offrant d'autre stigmate d'hérédo-syphilis qu'un crâne natiforme, fut prise un jour d'épilepsie jacksonienne; les accès se répétèrent fréquemment, et devinrent même subintrants; l'état général empira, la situation devint des plus graves.

Je fis instituer le traitement suivant : frictions mercurielles à la dose de 2 gr. par jour, iodure de potassium à l'intérieur. Pendant les huit premiers jours de traitement, aucune amélioration ne se produisit, puis les crises s'espacèrent, et finalement l'enfant guérit.

Souffle systolique intense et extra-cardiaque. — M. Variot présente une petite fille de treize ans qui, à la suite d'une chorée, a présenté un souffle systolique très fort, se propageant dans l'aisselle. Or, ce souffle est extra-cardiaque, car il n'existe aucun trouble fonctionnel; le cœur n'est pas hypertrophié, comme l'a montré la radioscopie; enfin le souffle s'affaiblit pendant l'inspiration et se modifie par les changements de position.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographia lactaria. — Bibliographie générale des travaux parus sur le lait et sur l'allaitement jusqu'en 1899, par le Dr Henri de Rothschild. (1 vol. de 600 p., Octave Doin, éditeur, Paris.)

Le gros volume de bibliographie que M. H. de Rothschild vient de faire paraître sur le lait et l'allaitement est le travail le plus complet que nous possédions dans son genre, et comme l'auteur se propose de le tenir au courant de tout ce qui sera publié sur la question, on trouvera là un précieux recueil de renseignements certains et précis.

Ce livre, qui vient à son heure, est d'une utilité incontestable. Il est en effet appelé à rendre les plus grands services à tous ceux qui ont besoin de se documenter rapidement sur un sujet quelconque se rattachant au lait ou à l'allaitement. Et il suffit de songer à la peine qu'on se donne et au temps que l'on perd en recherches le plus souvent incomplètes quand on étudie un travail donné pour apprécier une œuvre de bibliographie qui présente, sur un seul sujet, 8.375 indications.

Le livre est divisé en 3 parties : la première contient les indications se rapportant au lait en général; la seconde celles qui ont trait aux divers modes d'allaitement; la troisième aux brevets d'invention.

Dans les deux premières parties on trouve les indications classées dans des chapitres distincts (généralités, lait de femme, lait de vache, etc.) par ordre chronologique d'abord, puis alphabétique, de noms d'auteurs pour chaque année. Elles portent chacune un numéro d'ordre et renvoient à des traités, brochures, thèses, ou à des articles de périodiques.

Veux-je me documenter sur une question qui m'intéresse? Je vais au chapitre ou au sous-chapitre correspondant et je trouve les travaux parus avec les indications bibliographiques.

Veux-je retrouver ce que tel auteur a publié sur un point de la question du lait ou de l'allaitement? Je vais à son nom et on me renvoie au chapitre et au numéro d'ordre correspondants.

Tout cela, dira-t-on, existait? Oui, sans doute, mais dispersé un peu partout, et le grand mérite de M. de Rothschild a été justement de grouper les indications pour en faire ce tout complet qu'on aimerait avoir pour d'autres questions comme pour le lait. Espérons donc et souhaitons que notre distingué confrère trouve des imitateurs.

E. Périer.

Gedenkrede uber Dr Joseph O' Dwyer (1). — *Panégyrique du Dr Joseph O' Dwyer*. — JEAN DE BOKAY. — O' DWYER, médecin à New-York, mourut le 7 janvier 1898, à l'âge de 57 ans. C'est en 1887 qu'il commença à s'occuper de l'*intubation*, par sa communication à l'Académie de Médecine de New-York. On a dit, très justement, que c'était là un des grands progrès réalisés dans la pratique médicale contemporaine. Mais par combien de vicissitudes la question n'est elle pas passée avant d'aboutir, depuis la sonde de DESAULT en 1803, les sondes laryngiennes à demeure de CHAUSSIER, DEPAUL, LOISEAU, GREEN, CHARLES BELL, DIEFFENBACH, REYBARD, jusqu'au tubage de BOUCHUT en 1858 !

« Le tubage de la glotte accompli par la bouche sans péril ni effusion de sang, disait BOUCHUT à l'Académie, est destiné à remplir la même indication contre les mêmes dangers. »

L'Académie de Médecine désigna une commission composée de BLACHE, NÉLATON, et TROUSSEAU, pour lui présenter un rapport qui provoqua, au dire de BOUILLAUD, une tempête scientifique.

Malgré les chaleureuses opinions de LONDE, BARTH, VELPEAU et MALGAIGNE, *le tubage fut enseveli*.

En 1885, O' DWYER fut le premier à rappeler la découverte de BOUCHUT, par ses observations sur l'intubation, et, en 1887, il eut l'insigne honneur de démontrer que le tubage du larynx constituait un véritable bienfait. Cette affirmation franchit l'Océan et en 1890, lors du Xe Congrès médical international à BERLIN, BOUCHUT, âgé de 70 ans, et O' DWYER de 22 ans plus jeune, se donnèrent une cordiale accolade ; et l'intubation prenait dorénavant l'une des premières places dans l'arsenal de la chirurgie de nos jours.

Plus de 1200 cas opérés, avec 60 0/0 de guérisons, sont venus appuyer les expérience de O' DWYER, aussi bien pour le traitement de la diphtérie du larynx que pour la sténose chronique de cet organe.

NOUVELLES

Nous avons le plaisir de faire connaître à nos lecteurs que nos distingués collaborateurs MM. GRANCHER, MARFAN, JALAGUIER et CUVILLIER ont été promus le premier commandeur et les autres chevaliers de la légion d'honneur.

(1) Impr. de B.-G. TEUBNER, à Leipzig, 1900.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

LE COALTAR SAPONINÉ DANS LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS GÉNITALES CHEZ LES ENFANTS

Chacun connaît l'importance qu'il y a de veiller à la propreté, à l'asepsie des parties génitales chez les petits garçons aussi bien que chez les petites filles.

Chez les petits garçons, le manque de soins hygiéniques permet au smagma qui séjourne entre le gland et le prépuce, de subir une sorte de fermentation qui provoque la production d'acides gras irritants pour les tissus, d'où résulte souvent une balanoposthite. Le remède aussi bien que la prophylaxie de cet accident consiste en un lavage biquotidien avec de l'eau chaude additionnée d'un antiseptique actif et toutefois exempt d'inconvénients. Or, on sait que la plupart des substances antiseptiques employées chez l'adulte sont mal supportées chez l'enfant. L'acide phénique produit des eschares, l'acide salicylique et l'acide borique lui-même amènent à la longue la desquamation ; le sublimé est dangereux à employer chez les jeunes enfants. Le *coaltar saponiné*, dilué au quarantième dans de l'eau bouillie, chaude, n'offre pas d'inconvénients, et son action franchement antiseptique, sans être ni toxique, ni irritante, en fait le médicament de choix.

De même dans les cas d'atrésie du prépuce qui deviennent chez les petits enfants une cause de dysurie capable d'amener des accidents nerveux, même épileptiformes, et produisant très souvent une balano-posthite capable de donner lieu à des adhérences du prépuce et du gland, l'antisepsie est le meilleur et le plus sûr préservatif. Des lotions, même de petites injections pratiquées avec douceur assurant l'antisepsie, préviennent sûrement les accidents, si on emploie le médicament dilué comme nous l'avons dit.

Chez les petites filles, la vulvite ou la vulvovaginite sont très fréquentes, surtout quand elles partagent le lit de leur mère ou de sœurs aînées, quand les mêmes serviettes ou les mêmes éponges servent à la toilette commune, quand le pus d'une conjonctivite porté par les doigts aux parties génitales va infecter le vagin. L'infection par le gonocoque de Neisser est plus fréquente qu'on ne le croyait jadis ; enfin il y a de la leucorrhée chronique, comme c'est le cas pour les fillettes lymphatiques.

Le meilleur traitement préservatif consiste en lotions à l'eau chaude et au coaltar (deux cuillerées par litre).

Une fois la maladie établie, il ne faut pas se contenter de soins externes ; mais on doit faire dans le vagin même de petites irrigations, que le médecin seul peut pratiquer avec précaution. Dans le cas de gangrène vulvaire qui se voient trop souvent au cours de maladies fébriles, c'est encore au coaltar que l'on recourra. On l'emploie alors en compresses faites avec de l'ouate hydrophile trempée dans une solution de coaltar coupé de 6 ou 7 fois autant d'eau chaude. Dr Tessier.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

ÉTUDE DE LA TEMPÉRATURE DANS LES PHASES D'INCUBATION ET D'INVASION DE LA ROUGEOLE,

par MM.

E. WEILL, et **M. PÉHU,**

Professeur Agrégé, Chargé du cours de Maladies infantiles à l'Université de Lyon, Médecin des hôpitaux.

Ex-interne des hôpitaux de Lyon, Sous-directeur du Bureau d'Hygiène.

I. — La rougeole, affection d'une grande fréquence, a été bien étudiée dans ses principales manifestations symptomatiques. Cependant quelques points restent encore en litige, particulièrement la marche de la température pendant le *stade d'incubation* de cette maladie.

Les uns, en effet, soutiennent que, pendant la période qui sépare le moment où la contagion s'est opérée de celui où elle manifeste ses effets, on n'observe aucune modification thermique appréciable. Cette opinion est émise dans plusieurs traités de pathologie infantile. Rilliet et Barthez, par exemple, concluent qu'on constate toujours l'apyrexie complète. Pour M. Grancher, la fièvre n'apparaît qu'au moment où survient l'énanthème. Cadet de Gassicourt (1) a noté également l'absence de fièvre dans tous les cas qu'il a pu observer. Baginsky (2) a fait les mêmes constatations. M. Comby, dans le récent traité des maladies de l'enfance, dirigé par M. Grancher, admet aussi que rien dans la température ne peut faire prévoir l'apparition des symptômes ultérieurs. M. E. Weill (3), dans son *Précis des maladies infantiles*, conclut également que cette période est silencieuse.

D'autres, au contraire, prétendent que la phase d'incubation est plus ou moins fébrile. Thomas, par exemple, cité par Rilliet et Barthez, aurait observé pendant cette période la température oscillant entre 38° 8 et 39° 8. Labbé dit également que la courbe thermique s'élève de 1 degré au-dessus de la normale. Wunder-

(1) Cadet de Gassicourt, *Traité des maladies de l'enfance*, I, p. 365.
(2) Baginsky, *Traité des maladies des enfants*, t. I. p. 136.
(3) E. Weill, *Précis des maladies infantiles*. In Collect. Testut. p. 58.

LICH aurait vu des températures de 38° 3 et 38° 5 pendant plusieurs jours avec des rémissions jusqu'à 37° 5.

Plus récemment JURGENSEN (1) étudie longuement la question de la fièvre dans la rougeole à ses différents stades; mais il est très réservé relativement à la marche de la température dans la phase d'incubation. Il admet que les faits ne sont pas encore assez nombreux pour nous permettre de conclure et que des observations rigoureusement consignées seules pourront être utilisées.

M. BOURGEOIS (2), dans une thèse récente, a relevé 78 fois sur 600 cas une température anormale pendant l'incubation. Il cite quelques exemples, mais sans donner les détails des observations et sans mentionner le diagnostic de l'affection dont est atteint le sujet avant de réaliser un cas intérieur de rougeole. Or, c'est là un point fort important à spécifier, comme nous allons l'établir. Cependant M. BOURGEOIS ne conclut pas de ses constatations que dans nombre de cas la phase d'incubation de la maladie est fébrile. Avec raison il fait remarquer que chez l'enfant la température offre de grandes variations sous de faibles influences. « Une *affection coexistante*, une plus grande alimentation peuvent déterminer une poussée fébrile. Il faudrait voir des observations d'adultes, ayant une excellente santé antérieure et prenant la rougeole, pour bien étudier l'influence de cette maladie sur la température à sa première période ».

Les divergences signalées entre les auteurs semblent provenir de ce fait capital que les cas dans lesquels ils ont recueilli leurs observations ne sont pas comparatifs entre eux, et que dans les conclusions qu'on en peut tirer, ils n'ont pas tenu compte de certains facteurs essentiels.

Il n'est pas d'une rareté extrême d'observer des épidémies frappant successivement une salle d'enfants à l'hôpital. Si l'on a coutume, comme l'usage en a été institué à la clinique de la Charité, à Lyon, de prendre systématiquement, deux fois par jour, la température de tous les enfants qui y séjournent, quelle que soit la maladie qui les retienne dans le service, on peut saisir toutes les modifications thermiques qui se produisent. Mais on ne devra pas perdre de vue que l'affection première peut, par elle-même, entraîner des variations de la température; il sera utile, pour chaque cas intérieur, de déterminer exactement la maladie au cours de laquelle est apparue la rougeole.

Un moyen beaucoup plus sûr est celui qui consiste, au moment où cette affection frappe une agglomération extra-hospitalière, petite ou grande, de prendre la température de tous les individus qui ne présentent pas encore les signes certains de l'infection.

(1) JURGENSEN, *Rougeole*, in Collect. NOTHNAGEL, 1895.
(2) BOURGEOIS, Thèse Lyon, 1896, 97.

C'est ce que fit, par exemple, l'auteur allemand STEFFENS (1), qui, lors d'une épidémie de rougeole à Tubingen, dans 57 observations recueillies dans des conditions les mettant à l'abri de toute critique, a trouvé en majeure partie que, pendant le stade d'incubation de la rougeole, il n'y avait aucune modification de la température, pas plus que de l'état général. Mais les occasions sont rarement aussi favorables, et ce n'est pas sur elles qu'il faut compter.

Il reste donc seulement des cas intérieurs de rougeole survenant à l'hôpital, et recueillis dans les conditions d'observation rigoureuse que nous avons mentionnées. C'est sur eux que nous nous appuierons pour formuler nos conclusions.

II. — Nous avons en effet pu réunir 63 observations de rougeole contractée à l'hôpital, concernant pour la plupart des enfants de six mois à quinze ans. Nous n'avons admis comme valables que celles où figuraient le diagnostic précis de l'affection antérieure ou coexistante, ses diverses phases et le tracé thermique de vingt jours au moins avant le début de la rougeole. Ces éléments sont nécessaires pour se mettre à l'abri de toute erreur. Il n'a pas été toujours possible de fixer avec certitude le facteur et l'époque exacte de la contagion. Nous avons alors examiné le tracé thermique de treize ou quatorze jours avant l'exanthème. C'est là le chiffre admis par la plupart des auteurs, pour l'époque séparant le moment de la contagion de celui où elle se traduit à l'extérieur par l'éruption cutanée (GRANCHER, SEVESTRE, BARD) (2).

Sur ces 63 observations, trente-six fois nous avons constaté que la courbe thermique était, pendant la phase d'incubation, parfaitement régulière, reproduisant absolument le tracé normal. Or, les affections pour lesquelles ces malades étaient entrés à l'hôpital, avaient terminé leurs effets ; ou bien elles étaient complètement tolérées : il n'y avait aucun retentissement sur l'état général. Voici le détail des affections au cours desquelles la rougeole est apparue :

Coqueluche	2 fois
Néphrite chronique	1 —
Purpura	1 —
Diarrhée simple	5 —
Scarlatine	16 —
Bronchite	4 —
Pneumonie guérie	1 —
Rachitisme simple	1 —
Idiotie	1 —
Péritonite tuberculeuse	1 —

(1) STEFFENS, *Deutsches arch. f. Klinische méderin.* 1809, p. 123.
(2) BARD, *Rev. d'hygiène*, 1891.

Torticolis ancien	1 fois
Varicelle	1 —
Enfant venu du dépôt. . . .	1 —

C'est, comme on peut le voir, la scarlatine qui a été le plus fréquemment suivie d'une rougeole. Mais la première avait eu une défervescence rapide, et, par le détail de l'observation, nous avons pu nous assurer qu'il n'y avait ni angine, ni néphrite, ni rhumatisme, aucune complication, en un mot, de l'affection. Or, la rougeole survenant dans ces conditions, ne provoquait aucune modification du tracé de la température, qui présentait un ensemble parfaitement uniforme. Il en est de même de la coqueluche, qui avait passé à l'état chronique, après une phase aiguë ou subaiguë. Dans le cas de péritonite bacillaire que nous rapportons, la maladie avait revêtu un type fibreux avec torpidité complète.

Dans les 27 cas où la phase d'incubation s'accompagnait de modifications des plus variables de la température, nous avons constaté l'intervention de la maladie causale. Voici l'énumération des cas :

Coqueluche compliquée.	4 fois
Vulvite et arthrites blennorrhagiques.	1 —
Entérite	5 —
Scarlatine compliquée	4 —
Coryza subaigu.	1 —
Broncho-pneumonie	4 —
Tuberculose.	1 —
Eruption vaccinale	1 —
Pyodermites.	2 —
Méningo-encéphalite	1 —
Infection généralisée.	1 —
Rachitisme	3 —

Dans ce groupe de faits, la scarlatine tient une place moins importante : elle se compliquait d'accidents divers tels qu'angine à fausses membranes, avec bacilles de Lœffler ou. streptocoques, une adénopathie ou un adéno-phlegmon, une néphrite en évolution, etc. La coqueluche était accompagnée de bronchite intense ou de broncho-pneumonie. Parfois une circonstance, insignifiante en apparence, venait produire une élévation temporaire de la température : la vaccination, par exemple, produisant au huitième jour, au moment de la constitution de la pustule, une légère ascension du tracé. Mais dans chacun des cas, par une analyse attentive de l'observation, nous avons pu reporter à sa vraie cause la modification thermique.

Ainsi est confirmée la proposition que nous émettions plus haut : qu'indépendamment de toute autre cause morbide, la rougeole ne produit aucune modification de température pendant la

phase d'incubation. Toute élévation du thermomètre durant ce stade est explicable par un autre facteur que par l'intervention de la rougeole elle-même. Dans ces conditions, c'est l'affection pour laquelle le sujet est hospitalisé qui doit être rendue responsable.

La portée de ces constatations est plus que d'ordre théorique.

S'il existait, en effet, un type défini de fièvre pendant la phase d'incubation de la rougeole, si, seulement, cette période se manifestait par une modification thermique légère, il serait plus aisé d'être averti de la possibilité d'une infection déjà commençante. Mais il n'en est rien, si aucune autre maladie n'intervient. L'incertitude règne toujours sur cette période. Il faut un signe certain, et celui-ci n'a pas encore été découvert. Les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour juger si l'examen du sang du malade offrirait des moyens de diagnostic. D'après M. Combe (de Lausanne) (1), en effet, la période d'incubation de la maladie serait caractérisée par l'hyperleucocytose, tandis que la phase d'éruption, par l'hypoleucocytose. Mais c'est là une recherche difficile, d'une technique compliquée et, pour l'instant au moins, les observations ne se sont pas multipliées assez pour apporter une base solide à cette constatation.

Quant à l'existence des taches signalées en 1896 par Koplik sur la muqueuse buccale et génienne, elles ne nous ont pas paru, à beaucoup près, d'une aussi grande fréquence que le signalent les auteurs allemands (Slawyk, Weiss, Manasse, Rolly).

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas lieu de compter pendant le stade d'incubation sur les modifications thermiques pour établir précocement le diagnostic de rougeole à une époque ou il serait cependant si nécessaire de reconnaître la maladie commençante.

III. — Nos recherches ont également porté sur la phase d'*invasion* de la rougeole. L'occasion était en effet propice pour cette étude. Généralement, on ne peut en saisir les détails, les malades étant amenés à l'hôpital, en plein exanthème. L'insuffisance des documents concernant les manifestations thermiques de l'affection comme en ce qui touche la phase d'incubation, est sans doute la cause des divergences entre les différents auteurs. Au reste, la variabilité d'opinions est fort admissible, car l'évolution thermique n'est nullement uniforme.

Pour M. Grancher, la fièvre ne se manifeste pas sans l'énanthème : elle apparaît avec lui.

Thomas (Traité de Ziemssen) prétend que, à cette période, la marche de la température est ordinairement la suivante : elle monte le premier jour jusqu'à 39 et 40°, puis redescend immédiatement pour atteindre la normale le second jour, et remonter

(1) Combe, *Arch. de méd. des enfants*, juin 1899.

ensuite suivant une ligne à peu près identique à la première dans son ascension.

JURGENSEN soutient que le type le plus habituel est l'élévation rapide du thermomètre, mais sans descente jusqu'à 37°5 : dans l'ensemble, pendant les jours qui suivent la première journée, la marche est ascensionnelle.

BOURGEOIS admet comme fréquente l'élévation progressive du tracé.

Dans 71 cas, M. STEFFENS (*loc. cit.*) a pu observer la température pendant le stade prodromique. Deux fois seulement, les malades avaient une température normale la veille de l'éruption. Chez les autres, il se produisit des élévations de température correspondant à deux types principaux : ou bien, le tracé était, comme l'indique THOMAS, brusquement ascendant d'abord, puis caractérisé par une chute au deuxième jour, et par une réascension ; tantôt il suivait une marche continue et progressive vers 39°.

C'est ce dernier type que nous avons le plus souvent observé (34 fois sur 63 observations). L'ascension au début, puis la rémission et la reprise de la fièvre ; les oscillations produisant un tracé rémittent ; l'ascension finale sont d'une fréquence à peu près égale.

Ce qui semble régler l'apparition de la fièvre et dans une certaine mesure l'ensemble de son type, c'est l'énanthème. Nos observations confirment absolument celles de M. GRANCHER. Si l'énanthème est intense d'emblée et si l'éruption muqueuse conserve son intensité égale jusqu'à l'apparition des phénomènes cutanés, le tracé est brusquement ascendant et la température se maintient à un niveau élevé, entre 34° et 40° le plus souvent. Si, intense au début, l'énanthème s'amende un peu, la fièvre décroît pour reparaître au moment où l'éruption morbilleuse se montre à la face. Quand les muqueuses sont atteintes l'une après l'autre, ou du moins si le pharynx et les voies respiratoires ne sont frappés qu'après les muqueuses palpébrale et nasale, la fièvre a une marche progressive. Enfin, quand l'énanthème est fruste, l'ascension thermique est tardive : l'invasion est réduite à son minimum. Nos cas sont très probants à cet égard, et par l'examen attentif des symptômes nous avons pu exactement expliquer les détails de la feuille de température. Nous avons même observé deux fois l'absence complète d'énanthème et l'apparition soudaine de l'éruption cutanée, avec une ascension brusque de la température. Ces diverses constatations justifient donc l'appellation que l'un de nous (1) a donnée à ce stade, « période d'énanthème », par contraste avec le stade éruptif « de l'exanthème ».

Si l'on admet que la durée et la modalité des symptômes pro-

(1) E. WEILL, *Précis de médecine infantile*, in Collect. TESTUT, p. 59.

dromiques sont essentiellement tributaires de l'énanthème, il en résulte qu'on ne saurait attribuer, comme l'ont proposé quelques auteurs, une importance pronostique bien grande à la longueur ou à la brièveté de ce stade. Il n'y a pas en effet une relation directe entre l'intensité de la fièvre d'invasion, sa brusquerie, son développement subit et la gravité de la rougeole. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, en déduisant par analogie de ce qui se passe dans les autres maladies éruptives, où l'invasion rapide présage une forme grave, nous avons relevé, dans nos cas suivis de mort, une incubation de longueur variable, de physionomie et d'évolutions thermiques différentes. Ce n'est qu'après l'exanthème cutané qu'il est possible, par la considération simultanée du tracé thermique et des phénomènes cliniques, de jeter les bases d'un pronostic. Les constatations faites pendant la période d'invasion ne jouent aucun rôle dans cette évaluation.

IV. — En résumé, d'après l'examen de 63 cas hospitaliers de rougeole, nous concluons :

1° Pendant toute la période d'*incubation* de la rougeole, la température centrale ne subit aucune modification. Si l'on note de la fièvre, c'est qu'intervient une maladie pyrétique coexistante modifiant, même à un faible degré, le tracé thermique normal.

2° Durant le stade *prodromique*, la fièvre d'invasion n'apparaît qu'autant que se montre l'éruption muqueuse. Cette phase mérite donc bien, à proprement parler, le nom de période d'énanthème qui a été proposé pour elle.

3° On peut aussi déduire de nos cas intérieurs (apparus au cours d'affections très diverses ou après elles), qu'il n'y a *aucun antagonisme* entre les maladies, quelles qu'elles soient, et la rougeole.

LA DILATATION AIGUË DU CŒUR DANS LA DIPHTÉRIE,

par le Dr LEES, de Londres,

Médecin de l'hôpital des Enfants malades.

I. MORT SUBITE PENDANT OU APRÈS LA DIPHTÉRIE

Tout médecin qui pratique depuis quelques années sait que, au cours de la diphtérie, l'enfant peut mourir subitement, d'une façon tout à fait inattendue. Voici plusieurs cas que j'ai observés moi-même ou qui m'ont été fournis par des observateurs dignes de foi.

Cas I. Lorsque j'étais étudiant, une fillette fut admise dans mon service une après-midi, parce que, à la suite de la diphtérie, elle se plaignait de faiblesse. Elle s'assit sur son lit et ne

semblait pas malade. Lorsque, le lendemain matin, je vins pour prendre son observation, elle était morte.

Cas II. Quelques années après, lorsque je faisais la consultation externe à l'hôpital Sainte-Mary, je reçus dans mon service un enfant atteint de paralysie diphtéritique. Je l'examinai l'après-midi, et ne constatai aucune cause d'appréhension. Le lendemain matin, il avait succombé.

Cas III. Une enfant de 3 ans venait d'avoir la diphtérie : elle paraissait en convalescence. Elle se tenait devant une fenêtre quand une personne entra dans la chambre un peu brusquement. Elle se retourna un peu rapidement et tomba inanimée.

Cas IV. Un médecin avait soigné une enfant pour la diphtérie. Comme elle ne se remettait pas aussi rapidement qu'on l'aurait voulu, il l'envoya à la mer. Elle mourut subitement sur la plage.

Cas V et VI. Un autre médecin donnait des soins à deux enfants atteints de diphtérie. L'un d'eux semblant convalescent, il lui permit de se lever. Au bout d'une heure, l'enfant était mort.

En présence de cet accident, il fit rester l'autre enfant au lit une semaine de plus ; puis il le laissa se lever. En 24 heures, l'enfant était mort.

Cas VII. Une fillette de 11 ans venait d'avoir une grave atteinte de diphtérie. Comme il lui était resté une grande pâleur, on la tint au lit 8 semaines ; au bout de ce temps, on la laissa se lever. Cinq minutes après, elle était morte.

De tels exemples, aussi pénibles pour les parents que pour le médecin qui avait formulé un bon pronostic, méritent d'être étudiés attentivement, afin de savoir si on pourrait découvrir quelque indication qui nous permît de lutter contre cet accident, ou tout au moins de le prévoir.

DÉGÉNÉRESCENCE DU MUSCLE CARDIAQUE

Quelle est la cause de pareils accidents ? La première explication qui vient à l'esprit est qu'ils sont dus à une névrite du nerf vague déterminant l'arrêt du cœur. La paralysie du diaphragme ou des muscles intercostaux, que produit parfois la diphtérie, peut être due à une névrite du nerf phrénique ou des nerfs intercostaux, quoiqu'il ne soit pas certain que ce soit toujours là l'explication. Mais, avant d'affirmer que la mort soudaine à la suite de la diphtérie provient d'une névrite du pneumogastrique, il faut se rappeler que si les mouvements respiratoires sont mis en jeu par un stimulus qui provient du centre respiratoire dans la moelle allongée, l'action du cœur se maintient par les contractions automatiques du muscle cardiaque, et qu'il n'est pas certain qu'une névrite du vague puisse arrêter le travail du cœur. Nous devons savoir que le muscle cardiaque lui-même est le premier facteur de la circulation, et il semble probable que la syncope fatale qu'on observe dans la diphtérie résulte plutôt d'une altéra-

tion de la paroi du cœur que des nerfs qui s'y distribuent. Seul le microscope peut résoudre cette question, car quand il existe de la dégénérescence de la fibre musculaire, il est impossible de dire si l'action toxique s'est exercée sur les terminaisons nerveuses, sur les plaques motrices ou sur le muscle lui-même.

Nombreux observateurs ont démontré que dans la diphtérie la paroi musculaire du cœur subit une sérieuse dégénérescence. Le Dr SIDNEY MARTIN a montré que les albumoses de la diphtérie produisaient une dégénérescence graisseuse très marquée du muscle cardiaque, et il n'a pu en constater aucune trace dans ce nerf vague. Le Dr MOTT a trouvé la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque dans chacun des quatre cas de paralysie diphtéritique qu'il a examinés, et il n'y avait d'altération des nerfs périphériques que dans un seul cas. Mon collègue, le Dr POYNTON, a tout récemment publié une étude comparée de l'état de la paroi du cœur dans la diphtérie et dans le rhumatisme, et il a décrit une dégénérescence très marquée de beaucoup des fibres musculaires, et une destruction complète de beaucoup d'entre elles. Tous ces faits prouvent que dans les cas de terminaison fatale de la diphtérie, le muscle cardiaque est souvent dégénéré. On en conclut forcément qu'il doit être plus ou moins dégénéré dans un grand nombre des cas qui guérissent. L'examen clinique peut-il permettre de découvrir quelque signe de cette dégénérescence ? S'il en est ainsi, on pourrait éviter une syncope cardiaque fatale et sauver beaucoup d'existences qui seraient perdues sans cela.

Les indications cliniques à rechercher sont :

1° Faiblesse de l'onde du pouls ;

2° Faiblesse et diffusion du choc cardiaque ;

3° Extension de la matité cardiaque du côté gauche ;

4° Faiblesse du premier bruit à la pointe avec accentuation du second bruit pulmonaire.

Ces quatre signes, indiquant l'affaiblissement du ventricule gauche, devraient exister dans un cœur dont la paroi musculaire a subi la dégénérescence graisseuse. Ils existent plus ou moins dans tout cas de diphtérie.

5° Un 5e signe auquel on ne songe pas, mais qui existe aussi habituellement, c'est une accentuation marquée du 2e bruit aortique. Souvent ce signe est très marqué, bien que le pouls radial ne soit pas tendu, et on ne peut que concevoir que la tension aortique s'élève par la contraction des artérioles splanchniques produite par quelque irritation centrale vaso-motrice due aux toxines. Il y a évidemment un grand danger quand la tension vasculaire est très augmentée en même temps que le ventricule est affaibli.

EXAMEN PHYSIQUE AU CŒUR

Il est nécessaire de rechercher ces signes avec grand soin. Il est regrettable que bien souvent l'examen du cœur soit fait très

imparfaitement et que l'on ne se contente que d'une auscultation hâtive qui satisfait le médecin quand il ne découvre aucun souffle. Mais l'altération des bruits normaux du cœur peut être beaucoup plus importante qu'un souffle : un premier bruit à peine perceptible, ou un second bruit aortique très exagéré sont des symptômes très alarmants. On peut même aller plus loin et dire que le stéthoscope a été trop employé dans l'examen physique du cœur, et même des poumons, et que la percussion et la palpation ont été trop négligées et souvent faites d'une manière imparfaite. Surtout en ce qui concerne la percussion, on peut dire que l'examen habituel du cœur est fallacieux et sans aucune utilité. Ce que l'on appelle la matité cardiaque superficielle (ce qui est souvent le seul point que l'on recherche par la percussion) nous rend compte simplement qu'une grande partie du cœur n'est pas recouverte par le poumon ; mais elle ne donne aucun renseignement sur son volume. Il faut être en mesure de découvrir ce volume et de constater l'hypertrophie du ventricule gauche ou de l'oreillette droite : cela est très important pour le médecin comme pour le malade.

Pour beaucoup de personnes, c'est le terme de profond qui fait la difficulté pour déterminer le vrai volume du cœur. Les limites extérieures du cœur sont recouvertes par le poumon : aussi on a pensé que la véritable matité du cœur ne peut être précisée que par une percussion assez forte, qui fera ressortir la différence entre cette matité profonde et la résonance pulmonaire. Malheureusement cette percussion fait beaucoup trop mettre en évidence la résonance gastrique et pulmonaire, et il y a une confusion dans les résultats. Une oreille exercée peut parfois arriver à saisir la différence de matité en un même point, suivant que la percussion employée a été légère ou forte ; mais il est certain qu'une percussion légère permet de délimiter avec certitude le bord du cœur. Le bord du cœur de chaque côté est épais et mat, tandis que la lame pulmonaire située en avant est mince, si bien qu'une percussion révèle facilement la limite du cœur à gauche et à droite aussi bien que la surface du cœur qui n'est pas recouverte par le poumon.

C'est le doigt de la main gauche qui est le plessimètre le meilleur et le plus pratique. Il faut appuyer fortement la phalange au point où on veut faire la percussion, et le reste du doigt doit être tenu écarté de la paroi thoracique, ou bien on peut se servir de la phalange moyenne, à condition que la phalange terminale soit très étendue. Par ce moyen le praticien arrivera rapidement à délimiter avec soin le cœur soit à gauche, soit à droite. On peut vérifier à l'autopsie les limites qu'on aura fixées pendant la vie, lorsqu'on aura eu des cas terminés malheureusement.

Lorsque l'étendue de la matité cardiaque dans le sens transversal a été déterminée par la percussion légère dans le 4[e] espace

intercostal droit, et dans les 4e, 5e et 6e espaces intercostaux gauches, la situation des bords du cœur peut être facilement définie, si l'on se souvient qu'ils sont inclinés en haut et en dedans, et ce doigt qui percute doit être tenu parallèlement à cette direction oblique. Le bord droit au-dessus du mamelon est tout près du sternum : mais quand l'oreillette droite est très dilatée, la matité peut être constatée dans le 3e et le 4e espace. Le bord gauche atteint normalement le côté interne du mamelon ; mais dans un cœur modérément dilaté, la limite de la matité se trouvera passer par le mamelon ; et lorsque la dilatation est considérable, elle peut croiser la ligne mamelonnaire à un, deux et quelquefois même trois travers de doigt au-dessus du mamelon. Si l'on désire avoir plus de détails, on n'a qu'à se reporter à mon mémoire sur la Dilatation aiguë du cœur dans le Rhumatisme aigu, paru en 1878 dans le *Medico-Chirurgical transactions*.

DILATATION CARDIAQUE DANS LA DIPHTÉRIE

Chez un enfant atteint de diphtérie, la matité cardiaque est ordinairement augmentée du côté gauche. Il est très important de déterminer exactement l'étendue de cette augmentation de volume. Tant qu'elle ne dépasse pas un travers de doigt en dehors du mamelon gauche, il n'y a, je crois, aucun danger immédiat. Mais si ces limites sont dépassées, il faut surveiller le cas de très près. Quand la matité dépasse de deux travers de doigt à gauche la ligne du mamelon, il y a un péril très grand, et il ne faut pas autoriser l'enfant à se tenir assis sur son lit, pour quelque motif que ce soit.

Je désire insister sur ce fait que l'augmentation de la matité se fait quelquefois très rapidement : on peut voir quelquefois une augmentation d'un travers de doigt se faire en quelques heures. Cette dilatation aiguë s'accompagne souvent de vomissements, et ce symptôme est un signe important de danger. On a reconnu depuis longtemps que l'apparition du vomissement dans la diphtérie est d'un pronostic grave ; mais je ne crois pas qu'on ait jusqu'ici signalé ses rapports avec ce développement d'une dilatation aiguë du cœur.

Le symptôme peut être dû à d'autres causes ; mais toutes les fois qu'il apparaît, surtout s'il s'accompagne de pâleur de la face et de faiblesse du pouls, il faut de nouveau vérifier le volume du ventricule gauche, alors même que la percussion aurait été faite quelques heures auparavant.

Cas VIII. Une petite fille, dans mon service de l'hôpital des Enfants malades, qui avait eu une diphtérie grave six semaines auparavant, et dont la matité cardiaque dépassait d'un travers de doigt la ligne mamelonnaire gauche, fut prise de vomissement qu'on attribuait à quelque irritation pharyngée. Mais sa grande pâleur attira l'attention du côté de son cœur, et je constatai que la

matité avait augmenté en 24 heures de 2 travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire. A force de soins, je finis par la sauver. J'ai vu souvent d'autres cas analogues.

Lorsque la secousse de la dilatation aiguë est passée, ou quand elle s'est développée d'une façon plus progressive, les malades peuvent sembler et se trouver en bonne santé. Ce sont ces cas, je crois, qui ont souvent un dénouement tragique. C'est une précision apparente, le cœur reste affaibli et dilaté, et le praticien non prévenu n'y fait point attention.

La dilatation cardiaque dans la diphtérie peut arriver à une période plus précoce de la maladie, et même quelquefois au bout de peu de jours. Mais une dilatation rapide, ou un accroissement rapide d'une dilatation plus précoce, peut se produire même après le début. Il est donc nécessaire de surveiller le cœur d'un enfant au moins pendant les deux mois après une attaque de diphtérie.

J'ai vu un cas dans lequel une dilatation permanente du cœur, probablement à la suite de la diphtérie, causait de la dyspnée, de l'œdème, et un danger tel que l'on dut faire une application de sangsues. Mais je ne pense pas que la dilatation à la suite de la diphtérie soit souvent permanente : les cas de cœurs moins atteints guérissent, tandis que ceux qui ont été gravement touchés meurent, car la mortalité par paralysie diphtérique est certainement plus élevée que ne l'indiquent les statistiques des manuels. Il faut ajouter que la virulence de la diphtérie est beaucoup plus forte chez les enfants que chez les adultes (1).

DEUX CAS DE CRÉTINISME SPORADIQUE,

par John Lowett Morse (Boston).

Simon H. est né le 16 décembre 1897. Ses parents, juifs russes, n'étaient pas alliés : le père a 23 ans, la mère en a 22. Il n'y avait aucun antécédent dans la famille, et ils n'avaient pas connaissance qu'il y eût un cas pareil. Cet enfant, le premier né, était venu à terme après un accouchement au forceps. A l'âge d'un mois, il était toujours pâle : ses pieds et ses mains étaient constamment froids, et ses paupières bouffies. Son abdomen était très développé et son ombilic faisait saillie. Tous ces symptômes ont persisté et se sont accrus. Rien d'anormal dans son état mental : il pleurait beaucoup, il tétait très souvent et on lui donnait aussi du lait et de l'eau. Parfois il vomissait et il était habituellement constipé. Le 27 juin 1898, on l'apportait à la consultation externe parce qu'il toussait légèrement. Il avait alors six mois.

Ses cheveux foncés étaient grossiers et abondants. La forme de

(1) *British med. Journal*, 5 janvier 1901.

la tête était normale, sauf que le vertex était plutôt proéminent On sentait bien la fontanelle postérieure : la fontanelle antérieure et la suture frontale étaient ouvertes de la largeur d'un pouce. Les oreilles étaient normales, le dos du nez était large et aplati. Il y avait un œdème accentué des deux paupières et des joues : la bouche restait ouverte et la langue, épaissie et augmentée de volume, faisait saillie en dehors des gencives. Aucune dent : il tenait bien sa tête : le cou était épaissi, surtout en arrière. Double menton très marqué : pas de glande thyroïde perceptible, pas de tumeurs sus-claviculaires. Légère cyphose de la région dorsale inférieure avec lordose de la région lombaire : le dos était fort. Cœur et poumon normaux. L'abdomen était très développé, avec une hernie ombilicale faisant une saillie d'au moins deux centimètres : le foie n'était pas hypertrophié et la rate ne se faisait pas sentir. Le pénis avait un développement anormal, et ce qui restait du prépuce après la circoncision était très épaissi. Le scrotum avait le volume d'un œuf de poule et était très épaissi. Chaque bourse renfermait une masse élastique, du volume d'un œuf de petit oiseau et qui devait être le testicule. Pas d'épaississements de la peau, sauf à la face, aux mains et aux pieds. Ceux-ci étaient tuméfiés et présentaient l'aspect typique du crétinisme. Ils n'étaient ni froids ni cyanosés, mais la jambe était chaude. Pas d'hypertrophie des épiphyses : les os longs n'ont pas été mesurés, mais les membres semblaient courts. L'état mental paraissait normal : la température rectale était de 37°2.

On lui fit prendre deux fois par jour 1/4 de grain d'extrait thyroïde, puis bientôt trois fois par jour. Au bout de quelques semaines, l'amélioration était évidente. Le 13 août, il avait perdu presque tous ses cheveux. Vers le milieu de septembre, il commença à présenter des symptômes de thyroïdisme, fièvre, agitation et pleurs. Sa langue avait beaucoup diminué de volume, et de nouveaux cheveux, plus souples, commençaient à apparaître. On lui donna alors deux fois par jour 3/4 d'une tablette d'extrait thyroïde sec : on augmenta la dose à une tablette et quart. Mais il ne put en supporter plus de 3/4 de grain pendant quelques jours sans devenir nerveux. Son père surveilla de près l'administration de ce médicament et lui donna la dose suffisante pour éviter toute intoxication.

Le 19 novembre 1898, on l'examina, alors qu'il était âgé de 11 mois. Il semblait tout à fait bien. Ses pieds et ses mains n'étaient plus froids. La hernie avait disparu. Le scrotum avait diminué et n'était point aussi épais. Le testicule droit était beaucoup plus petit, le gauche était encore très gros. Sa chevelure avait repoussé beaucoup plus fine. Il commençait à pouvoir se tenir debout.

A 13 mois, il dormait la bouche fermée, et si on venait à la lui ouvrir, on apercevait la langue derrière les gencives. Le pénis était petit. Il paraissait aussi bien portant qu'un enfant du même

âge. A 16 mois, il pouvait se tenir debout sans aide, et il commençait à prononcer quelques mots. Sa langue ne sortait pas au delà de ses gencives. A 20 mois, il commença à marcher, et il mit sa première dent.

Examiné à l'âge de 2 ans, son intelligence ne semblait pas tout à fait normale. Il ne pouvait marcher seul. Il avait 4 dents : la langue, encore un peu élargie, ne sortait pas au delà des dents. Il était pâle et les paupières étaient un peu gonflées : il y avait également un peu d'œdème des mains et des pieds, la peau était un peu épaissie, mais elle était partout molle ; les pieds étaient froids, les extrémités étaient raccourcies, et dans la station debout, il présentait une lordose très marquée.

Mensurations.

	à 6 mois	à 11 mois	à 16 mois	à 2 ans
Circonférence occipito-frontale.	40	43		47
Diamètre occipito-frontal. . .	14 1/2	16		22
Diamètre bi-auriculaire. . . .	11	11		11
Fontanelle antérieure. . . .	5 1/2 × 4 1/2	5 × 4		3 × 2 1/2
Dents.	0	0	0	4
Tour de cou.	26	24		22
Périmètre thoracique au niveau des seins.	40 1/2	47 1/2		50
Périmètre abdominal à l'ombilic.	39	52		52
Taille.	60	65	68	72
Du vertex à l'ombilic. . . .	33	35	38 1/2	38 1/2
Proportion au-dessus de l'ombilic par rapport au total. .	55 0/0	54 0/0	56 1/2 0/0	53 1/2 0/0

Bella G. fut amenée à l'hôpital des Enfants le 13 août 1898, alors qu'elle avait un peu plus de 4 ans. Les parents n'ont jamais vu de semblables enfants en Russie, et rien de pareil dans leur famille.

Née à terme, après un accouchement normal. Deuxième enfant. Toujours bonne santé. Première dent à 15 mois. Commença à s'asseoir à 21 mois, et à marcher à deux ans et quelques mois. Le père n'a rien observé d'anormal au point de vue intellectuel. Elle a bon caractère et est très vivace. Elle n'est pas sensible au froid, et transpire normalement.

A l'âge de 2 ans, elle prit pendant trois mois de l'extrait thyroïde : on le suspendit parce qu'on ne constatait aucune amélioration, et qu'il n'y avait pas d'appétit.

Tête très grosse. Proéminence des os frontal et pariétal. Circonférence occipito-frontale 52 c., diamètre occipito-glabellaire 16 c., diamètre bipariétal 15 c., absence de base du nez, pas d'œdème des paupières, 20 dents, langue normale. Cou court, mais non épaissi. Circonférence du cou 27 c., pas de gonflement supraclaviculaire. Tour de poitrine au niveau des seins 40 c. 5, de l'abdomen au niveau de l'ombilic 45 c. 5. On ne sent pas de corps thyroïde.

Rien d'anormal dans la ceinture des os scapulaires. Raccourcissement des membres supérieurs, surtout des bras. Epaississement des extrémités osseuses aux membres supérieurs. De l'acromion au sommet de l'olécrane, le bras étant fléchi à angle droit 11 c., cubitus 11 c. Dans la position debout, lordose accentuée avec proéminence de l'abdomen, pas de hernie ombilicale dans la position debout, jambes en dehors et sub-luxation des deux tibias. Du grand trochanter ou condyle externe 12 c. 5. Péroné 12 c. 5. Hypertrophie accentuée des extrémités osseuses aux membres inférieurs. Pied plat : les os des pieds semblent augmentés de volume, peau normale, un peu sèche. Chevelure abondante, pas grossière. Taille 78 c. Du vertex à l'ombilic 40 c. Intelligence semble normale, elle parle beaucoup, mais d'une manière peu distincte.

On lui donne 1/4 de gr. d'extrait thyroïde deux fois par jour : mais comme cela lui fait perdre l'appétit, le père refuse de continuer cette médication après deux semaines. L'enfant fut perdue de vue.

DE LA RADIOTHÉRAPIE INFANTILE,

par le Dr FOVEAU DE COURMELLES,

Lauréat de l'Académie de Médecine, Licencié ès sciences physiques, ès sciences naturelles et en droit, Professeur libre d'Electrothérapie et de Radiographie, Directeur de « l'Année électrique ».

Les radiations lumineuses et électriques entrent de plus en plus dans la thérapeutique, et les enfants en reçoivent les bienfaits comme les adultes. Les accidents des rayons X, à leur début, ont fait penser à utiliser leur vésication, leurs brûlures, leur électrolyse rayonnante, au dire de certains auteurs. Il est possible que des courants soient induits par le champ magnétique de l'ampoule de Crookes productrice des rayons de Rœntgen et s'accompagnent de phénomènes électro-chimiques. Peu importe ; ce qui est intéressant à savoir et à retenir, c'est l'efficacité curative de ces agents bien maniés, car, ainsi qu'on le verra en cette étude, les actions ont été différentes avec les observations, et parfois même contradictoires.

La nature lumineuse ou électrique des rayonnements actifs n'importe qu'au point de vue de l'intensité. La lumière seule qui assainit, qui n'est jamais dépourvue totalement de calorique, qui chauffe les stations hivernales, est conseillée aux débiles. Ces phénomèmes n'ont été encore que relativement peu étudiés, peu appliqués aux enfants : c'est se priver ainsi d'un agent physique curatif puissant, et les observations qui suivent, forcément mélangées parfois de cas d'adultes, le démontrent.

L'action bienfaisante, thérapeutique, de la lumière, est connue d'une façon latente et instinctive depuis longtemps, mais en ce do-

maine, la science n'a succédé à l'empirisme que depuis peu. L'action végéto-chlorophyllienne de la lumière démontre déjà l'importance de la lumière sur la coloration des plantes. La réaction physico-morale d'un temps ensoleillé ou gris sur nos individualités est indéniable. Le culte du soleil, aux temps préhistoriques, en est certainement dérivé. Ces données empiriques ont fait place à diverses observations méthodiques et rigoureuses, démontrant scientifiquement l'action sanitaire, salubre, thérapeutique de l'agent lumineux, d'où qu'il vienne, soleil, lampes à arc et à incandescence, rayons X... Son emploi méthodique et raisonné constitue la radiothérapie qu'en ma *Revue des rayons X* (1) j'ai rapidement esquissée, mais qui mérite de nous arrêter, ses progrès et ses résultats s'accusant de plus en plus.

*
* *

Examinons d'abord diverses actions physiologiques lumineuses ; les végétaux ont été dans cette voie les premiers êtres vivants observés.

Le pied de jasmin de Mustel placé devant une planche percée d'ouvertures pénétrait en celle-ci au fur et à mesure qu'on retournait la planche. Tessier, plaçant des plantes devant deux soupiraux, l'un ouvert et sombre, l'autre fermé et clair, vit les végétaux du second croître plus rapidement que ceux mis à l'obscurité. Le professeur Schwollgrichen (de Leipzig) découvrit dans les mines profondes du Mansfeld une *clandestine écailleuse* qui pour atteindre de loin la lumière insoupçonnée d'elle, avait augmenté ses proportions ordinaires de 0 m. 20 à *quarante mètres* (Foveau de Courmelles, *L'esprit des plantes*, 1893). Sur les animaux, on connaît l'expérience d'Edward avec des têtards de grenouilles placés dans deux boîtes aérées, l'une transparente, l'autre opaque, et où, trois semaines après, on trouvait des grenouilles dans la boîte lumineuse, et cette propulsion est d'autant plus accentuée que l'être humain est né d'un pays plus ensoleillé, alors il aime les couleurs vives, violentes, lumineuses et chaudes enfin : le rouge d'abord, le jaune ardent.

L'action de la lumière est d'ailleurs complexe ; elle comprend, en effet, des radiations différentes, des ondulations de longueurs différentes, c'est-à-dire des rayons de réfrangibilités diverses ; elle s'accompagne souvent de chaleur. Ces divers facteurs du problème ont été étudiés depuis un certain temps déjà, bien qu'on les ait présentés comme nouveaux, ces temps derniers. Le *Traité de Botanique* de Van Tieghem (Paris, 1889) contient en effet les résultats d'expériences faites sur les végétaux avec la chaleur, avec des colorations diverses. Les observateurs ont essayé des radia-

(1) *Revue encyclopédique Larousse*, 6 mai 1899, *Annales de Médecine et de chirurgie infantiles*, janvier à mars 1899.

Congrès triennal de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (Nantes, 1901).

La troisième session du Congrès périodique national de gynécologie, obstétrique et pédiatrie se tiendra à Nantes, du 23 au 30 septembre 1901.

On se souvient du succès qu'obtint à Marseille, en 1898, ce Congrès qui est triennal ; nous espérons qu'il en sera de même à Nantes.

Le comité local d'organisation a choisi cette date (dernière semaine de septembre), entre autres multiples raisons, pour pouvoir faire coïncider avec le Congrès l'inauguration des monuments élevés par les Nantais à la mémoire de deux de leurs plus illlutres concitoyens, les chirurgiens CHASSAIGNAC et MAISONNEUVE.

Nous estimons qu'un grand nombre de congressistes seront heureux de pouvoir, en même temps, rendre hommage à la mémoire de deux hommes qui furent l'honneur de la chirurgie française.

Le président général du Congrès est M. le Dr SEVESTRE, médecin des hôpitaux de Paris (hôpital des Enfants-Malades), membre de l'Académie de médecine. M. SEVESTRE sera en même temps président de la Section de pédiatrie.

Section de gynécologie. — Président : M. le Dr SEGOND, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière.

Section d'obstétrique. — Président : M. le Dr QUEIREL, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine de Marseille.

Le comité local d'organisation est composé de MM. les docteurs :

Alb. MALHERBE, directeur de l'Ecole de médecine, président.

GUILLEMET, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine, secrétaire général ;

Urbain MONNIER, professeur suppléant, secrétaire adjoint ;

BÉCIGNEUL, médecin des hôpitaux, trésorier ;

HEURTAUX, F. JOUON, POISSON, OLLIVE, HERVOUET, ROUXEAU, professeurs à l'Ecole de médecine ; CRIMAIL, chirurgien de la Maternité de l'Hôtel-Dieu ; RAINGEARD, chirurgien des hôpitaux ; BONAMY, MAHOT, médecins des hôpitaux ; BELLOUARD, chirurgien de l'hôpital de Chantenay.

Nous adresserons prochainement une première invitation à tous les confrères français (et ce sera le plus grand nombre possible) qui, par leurs travaux habituels, les services spéciaux dont ils sont chargés dans les hôpitaux, la nature de leur enseignement dans les Facultés ou Ecoles, nous paraissent susceptibles de s'intéresser à notre Congrès.

Nous attendons, pour le faire, d'être fixés sur les questions principales (trois au moins dans chaque section) qui doivent faire l'objet d'un rapport spécial. Ces questions sont actuellement à l'étude.

Enfin, comme cela a eu lieu pour le Congrès de Marseille, nous espérons qu'un certain nombre de notabilités médicales étrangères voudront bien, en nous donnant leur adhésion, accepter le titre de présidents d'honneur.

Le secrétaire général,

Dr J. GUILLEMET.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

INFECTION DIGESTIVE AIGUE CHEZ UN NOURRISSON

I. —Infection légère sans phénomènes généraux.

[Enfant nourri au sein ou au biberon, pris de vomissements, diarrhée, le ventre est ballonné ; il n'y a pas de fièvre, pas d'algidité. Poids stationnaire ou diminution encore peu sensible. Rechercher l'agglutination.]

1° Suspendre le lait (sein ou biberon) et donner une quantité correspondante d'eau pure ou bouillie ; bonne eau minérale légèrement alcaline comme Vals (St-Jean) ou décoction de riz, d'orge, etc. On ne reprendra le lait que progressivement à mesure que tout rentrera dans l'ordre.

2° Toutes les 2 heures la potion suivante par cuiller à café, pour un nouveau-né au-dessous de 3 mois, par cuiller à dessert au-dessus de cet âge :

R. Benzonaphtol.	0 gr. 30 à 0 gr. 60.
Salicylate de bismuth. .	0 gr. 50 à 1 gramme.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 grammes.
Eau de gomme.	90 grammes.

3° Si les selles sont fétides, peu fréquentes avec tympanisme, on donnera dès le début :

℞ Calomel	0 gr. 05 à 0 gr. 10.
Sucre de lait	10 centigr.

II. — Infection digestive aiguë avec phénomènes généraux.

[Aux symptômes gastro-intestinaux s'ajoutent : fièvre, haleine fétide, langue chargée et sèche, soif, perte de poids notable, etc.]

1° Suspendre l'alimentation et mettre l'enfant à l'eau comme I;

2 Lavages de l'estomac (1) et de l'intestin (2) avec eau bouillie ou eau salée à 7 pour 1000 ;

3° Sur le ventre compresse humide recouverte de taffetas;

4° Bains chauds s'il y a hypothermie ; bains tièdes ou frais s'il y a hyperthermie.

5° Injection de sérum artificiel de 30 centim. cubes, toutes les 3 ou 4 heures.

Dr E. Périer.

(1) Enfoncer jusque dans l'estomac une sonde appropriée (sonde uréthrale n° 30 de la filière Charrière ; par un petit entonnoir on introduit 100 grammes d'eau bouillie, d'eau salée, qui ramène les résidus contenus dans l'estomac. On recommence 3 ou 4 fois et plus, jusqu'à ce que l'eau revienne claire.

(2) On prend un bock à injection ou une bouteille à laquelle on adapte un *vide-bouteille* et, le petit malade étant couché, on pousse légèrement dans le rectum une sonde à 10 ou 15 centimètres, et on injecte doucement l'eau de l'appareil qui est à 10 ou 20 centimètres, au-dessus du plan du bébé. L'anus étant serré sur la sonde, on fait pénétrer aisément de 500 à 1000 gr. de liquide qui s'écoule quand on retire la sonde. L'eau sera froide s'il y a fièvre, et chaude s'il y a hypothermie.

tions équilatérales, c'est-à-dire égales de tous côtés, en plaçant la plante dans la chambre obscure, ou plutôt éclairée seulement dans tous les sens et également, de la lumière colorée à étudier. L'intensité de la source éclairante est moyenne. Les cellules végétales doivent s'accroître en nombre et en dimensions : à l'obscurité la tige s'allonge, démesurément parfois, nous l'avons vu, mais le corps reste plus petit ; les radiations autres que les moins réfrangibles parmi les infra-rouges retardent et diminuent la croissance.

Une papillonnacée, la vesce, étudiée par rapport au cresson, a eu sa croissance comparée à l'obscurité et à la lumière, diminuée de moitié par le blanc. Les rayons jaunes qui sont les plus lumineux agissent le moins. L'action retardatrice lumineuse a son maximum d'intensité pour la moitié la plus réfrangible du spectre. L'intérêt de cette action se comprend facilement en comparant la force et la vigueur de deux plantes poussées, l'une en pleine lumière, l'autre à l'obscurité ; celle-ci est grêle et ténue, l'autre résistante et robuste. Dans la nature, un côté de la plante est souvent plus éclairé que le reste, d'où l'*héliotropisme*, la flexion se fait non à partir du jaune sans action, mais du vert, et croît dans le bleu et dans le violet pour devenir maximum dans l'ultra violet (entre les raies H et l du spectre) ; mais là où les sels d'argent cessent de noircir, les substances fluorescentes ne luisent plus, l'action est très faible et cesse tout à fait à une distance ordinairement égale à deux fois la longueur de la bande lumineuse (avec un prisme de quartz). Cette flexion ne s'effectue pas toujours vers la source pour tous les végétaux ; il en est qui s'en éloignent, s'en détournent en quelque sorte, mais en suivant les précédentes lois. L'action lumineuse doit s'emmagasiner pour agir ; son effet n'est pas immédiat, ni ne cesse tout de suite quand on la supprime, il y a une sorte d'induction qui se prolonge. La plante est la résultante des phénomènes cellulaires, du phototachisme ou giration de ses corpuscules protoplasmiques facilement constatable souvent. (Closterie, diatomée ; excatabularis, vauchéria). Et le résultat, l'inclinaison du végétal, peut servir parfois de mesure à l'intensité lumineuse.

La production chlorophyllienne a été déterminée par la méthode des écrans absorbants, vases remplis de solutions colorées ne laissant passer que la radiation voulue ; elle est fonction de la réfrangibilité.

Récemment M. Flammarion a constaté en des serres munies de verres de diverses couleurs, que la lumière rouge accélère l'évolution des plantes et que la lumière bleue la retarde.

Le protoplasma animal se comporte vis-à-vis de la lumière de la même façon que son congénère végétal. La lumière le contracte (Auerbach, Engelman). Les grenouilles et autres animaux aveuglés ou sans yeux se comportent dans la lumière de façon différente

qu'à l'obscurité (P. Bert, Craher, Dubois). Dans l'œuf, l'embryon de salamandre bouge sous l'action lumineuse, quatre fois en quinze minutes pour la lumière rouge, jaune ou verte, et trente-neuf fois pendant le même temps — dix fois plus — avec les radiations bleues ou violettes. L'œuf de poule évolue mieux en l'obscurité (Louis Blanc). La respiration, la circulation, la combustion de l'animal deviennent plus actives ; la production d'acide carbonique de la grenouille insolée est plus grande (Moleschott, 1855, puis Pott, Chassanowitz, Lubini) ; les globules rouges de la queue du lézard deviennent, d'elliptiques et plats, plus petits et sphériques (Finssen, Ch. Brandt) : l'hémoglobine du rang humain est plus riche en été qu'en hiver (Finssen). La *radiopathologie*, accidents dus à la lumière, aux rayons X... démontrent l'irritation produite, la circulation suractivée par les radiations lumineuses.

L'arc électrique agit de même par sa richesse en rayons chimiques ; mais, par suite de sa trop grande intensité, la plante, après avoir crû, décroît bientôt et dépérit. Quant au dégagement des parfums, M. Mesnard a démontré qu'il était en raison inverse de l'intensité lumineuse, la transformation chimique des substances odorantes et la pression qui les retient dansles cellules s'effectuant en même temps par la lumière.

Ces tentatives sur le végétal, sujet facile d'expérience, permettent de comparer et de comprendre l'action lumineuse sur les êtres vivants en général et l'homme en particulier.

La lumière colorée, également reprise en son étude sur l'homme, ces temps derniers, a été notée il y a déjà quelques années quant à cette action sur le système nerveux humain (Foveau de Courmelles : *L'Hypnotisme*, 1890, et la *Chromothérapie*, in Académie de Médecine, 21 juillet 1891). J'ai, en effet, constaté l'état de tristesse produite tout à coup chez une jeune femme brune rentrant de la campagne dans un appartement que son mari venait de faire tendre en bleu indigo ; un papier à reflets, une autre fois, produisit, chez un couple blond, des vertiges et des malaises qui cédèrent devant une tenture rouge chaudron. M. Raffégeau a cité diverses améliorations de névropathes par des couleurs appropriées ; M. Ratuld a eu, par des lunettes diversement colorées, des résultats heureux dans les affections de la vue... La coloration individuelle, résultante non seulement des cheveux, mais des teintes de la peau, des cils... qui appelle peut-être des nuances complémentaires, est un élément d'appréciation dont le rôle est encore à déterminer.

D'autre part, l'obscurité réussit à atténuer certaines affections morbides : la petite vérole peut ainsi évoluer sans cicatrices et avec moins de fièvre ; il en est de même à la lumière rouge : les rayons chimiques étant supprimés, Block, de Chesterfield (1877) ; Waters et Barlow (1871), Gallarandin, Widmarck, de Stockholm, Finssen ont publié l'action bienfaisante de l'obscurité ; moi-même, j'ai

publié l'action bienfaisante de l'obscurité. Ces résultats m'ont fait obtenir un très beau succès, sans cicatrices, dans un cas grave de variole confluente surtout localisée au visage, en faisant tenir la patiente dans l'obscurité absolue (mars 1894) ; mais la lumière rouge qui permet un certain degré de lumière est évidemment moins triste que le noir et préférable. D'autres observateurs ont, depuis, publié d'excellents résultats dans la variole et même dans la scarlatine (1).

M. le Dr E. Schoull, de Tunis, après avoir obtenu, dans le traitement de la variole, d'excellents résultats par la méthode de Finsen, a utilisé l'action de la lumière rouge dans deux cas de scarlatine, l'un bénin, l'autre grave, avec l'espoir d'observer sur la marche de l'éruption une modification quelconque ; or, dans les deux cas où la maladie a évolué normalement, la *desquamation ne s'est pas produite.* Si ce fait était confirmé par de nouvelles expériences il en résulterait un bénéfice sérieux au point de vue de la moindre durée de la maladie, et surtout, fait capital, au point de vue de sa contagiosité. Il soumet à la Société de Thérapeutique ces deux observations résumées :

« I. — Homme de 20 ans, chez qui l'éruption très nette se produisait le lendemain. Le malade fut envoyé dans mon service d'hôpital, et je le soumis aussitôt, dans un cabinet d'isolement, à l'action de la lumière rouge (tissu d'andrinople rouge devant toutes les ouvertures). — Régime lacté exclusif. Potion à l'acétate d'ammoniaque. Badigeonnage de la gorge au collutoire résorciné. Antisepsie des voies respiratoires et digestives.

La maladie suit son cours aussi normalement que possible ; pas d'albumine dans les urines. Les phénomènes morbides s'amendent progressivement, l'éruption a complètement disparu au bout d'une huitaine de jours. *Aucune desquamation ne se produit.* Le malade sort de l'hôpital le 7 avril ; je l'ai vu à plusieurs reprises depuis lors ; jamais de desquamation, même furfuracée.

II. — Mlle R..., 22 ans, le 16 mai, présentait les symptômes classiques d'une scarlatine grave : éruption très intense, généralisée, angine avec enduit pultacé recouvrant les amygdales très tuméfiées, arrière-gorge rouge, sèche, langue presque rôtie, déglutition extrêmement pénible ; engorgement ganglionnaire très marqué et douloureux, délire, T. 40° 2. P. 128. — Traitement : Potion à l'acétate d'ammoniaque, antipyrine et liqueur d'Hoffmann ; badigeonnages de l'arrière-gorge à la résorcine, vaporisations boriquées chaudes, vaseline boriquée mentholée dans les narines. Benzonaphtol en cachets. Régime lacté exclusif. *Lumière rouge* (toutes les ouvertures sont garnies d'andrinople rouge).

(1) Nous reproduisons cette observation d'après le journal la *Radiographie* et la revue annuelle : *L'Année électrique, électrothérapique et radiographique*, Paris, 1901.

Les symptômes graves du début s'amendent rapidement, et la maladie suit son cours normal.

Mlle R... ne sort de la chambre rouge que le 2 juin : toute éruption a disparu, aucune desquamation ne se produit. Quelques jours après, cependant, desquamation légère, furfuracée au menton et au-devant du cou, par petites plaques sur les mains, rien ailleurs ; des lotions chaudes au sublimé sont pratiquées et, dans l'intervalle, vaseline boriquée : tout disparaît en quelques jours. Mlle R... ne conserve de sa maladie qu'un état d'anémie assez intense ; pas d'albumine dans les urines, *pas de desquamation ;* celle observée aux mains était due peut-être à ce fait que, la maladie étant en pleine éruption, un violent coup de vent par la fenêtre ouverte avait fait tomber le rideau rouge ; Mlle R... avait ramené son drap sur sa figure, et les mains seules étaient restée exposées à la lumière solaire pendant le temps nécessaire à remonter le rideau rouge ; des faits semblables (exposition d'une partie du corps à la lumière pendant quelque temps), ont été observés dans le traitement de la variole par la méthode de Finsen, et on a vu alors se produire la suppuration des vésicules dans les parties exposées, alors que les autres restent indemnes. »

*
* *

Quant à l'*action microbicide de* la lumière sur l'homme, l'animal, le végétal, le minéral même, elle paraît avoir été connue de tous temps : les objets souillés, salis, contaminés ont été et sont encore, d'instinct, exposés au soleil, à la lumière, à l'air. Les moisissures, les fermentations ne se développent qu'à l'obscurité, relative ou absolue. Et au fur et à mesure que le culte du corps et de la forme, rénové à la Renaissance, imposait, inconsciemment en quelque sorte, l'hygiène, la lumière entrait de plus en plus dans les habitations, y atténuant, détruisant même certaines affections morbides. Les Annamites et les Tonkinois rendent, paraît-il, potables, des eaux infectes de marais dangereux en les exposant au soleil dans des calebasses, en les agitant plus ou moins souvent suivant l'intensité des rayons de l'astre. On décante le liquide qui s'est séparé des matières organiques montées à sa surface, des matières minérales tombées au fond, et l'eau est ainsi devenue potable.

L'influence de la lumière par irradiation solaire ou électrique des bactéries a été démontrée par Buchner, Arloing, Nocard, Roux, Strauss, Duclaux, Gaillard, Roope, Geisler, Pausini, Downes, Blount, Chemielewski, Ianowski... Diverses cultures exposées au soleil sont devenues inoffensives ; des liquides contaminés n'ont plus fourni de cultures... C'est la couleur violette qui se montre la plus énergique, la seule énergique souvent. Toutes les lumières, à des degrés divers, ont ces actions : le soleil, l'arc électrique, le bec Auer, l'acétylène, le pétrole, le gaz, la lune... émettent des

rayons influençant les plaques photographiques, le pouvoir chromogène de certains bacilles (le prodigiosus par exemple), la vitalité microbienne... On a pu localiser et rendre l'action bactéricide évidente.

La bactéridie charbonneuse est détruite au bout de 25 à 30 heures d'exposition au soleil ; le bacille de Kock, celui de Lœffler, perdent leur virulence.

Voici comment Finssen a pu localiser, avec une grande force de lumière, supérieure aux sources employées avant lui, l'action microbicide lumineuse, de façon à être sûr d'un effet thérapeutique déterminé à produire. Il s'est servi de neuf flacons plats et rectangulaires à parois intérieures, enduites de gélatine-peptone ou de gélose-peptone ensemencées de cultures variées : bacillus prodigiosus, microbe d'Eberth, bactéridie charbonneuse ; extérieurement les parois étaient recouvertes d'une feuille de papier, noir en dedans et blanc en dehors, vers la lumière, de façon à éviter l'absorption des rayons caloriques et l'influence intense de la lumière (50 ampères). Cependant, on laissait pénétrer celle-ci, mais en des points restreints, par des ouvertures dans le papier, et on la laissait agir pendant des durées déterminées indiquées par des chiffres dessinés sur le verre et variables pour chaque point. Un flacon fut exposé à la lumière solaire concentrée, puis tous deux étaient placés à l'obscurité pour pouvoir constater d'un coup d'œil les résultats expérimentaux. Si tous les bacilles étaient tués en un point, le chiffre inscrit se dessinait nettement sur le milieu de culture par les colonies développées, à l'abri des parties colorées en noir ; et comme ce chiffre indiquait une durée, les bacilles eux-mêmes déterminaient leur vitalité, par suite le temps d'exposition nécessaire pour les faire périr. On a ainsi établi des courbes avec le spectre normal et déterminé les pouvoirs bactéricides divers en répétant maintes fois l'expérience, toujours concluante. Finssen a pu conclure que la lumière solaire concentrée était quinze fois plus active que l'autre, et que l'arc voltaïque l'était plus encore. L'ultra-violet est 360 fois plus microbicide que le rouge.

Si on inocule des cobayes du microbe de la tuberculose et qu'on en expose une partie à la lumière (soleil, arc, rayons X), les autres restant dans l'obscurité, les premiers guérissent, les autres succombent. Le choléra et la fièvre typhoïde se comportent inversement, en cela d'accord avec les données chimiques.

Les phénomènes se passent de même dans le corps humain, car la lumière le traverse ainsi qu'on le peut constater en plaçant une plaque derrière la main insolée (Onimus, Foveau de Courmelles...), l'oreille rendue exsangue par compression, et exposée à la lumière violette (Finssen), la main posée sur une plaque sensible dans la chambre noire et révélant des effluves digitaux s'il y a eu condensation de lumière (Luys, David, Brandt).

Les faits que je viens d'exposer permettent de comprendre la double action lumineuse de la lumière sur la cellule vivante, sur ses parasites, sans parler des actions thermiques et électriques qui s'y surajoutent forcément, mais dont les effets sont plutôt peu importants.

*
* *

La première application thérapeutique de la lumière, inconsciente d'ailleurs, est de 1891 ; elle est due au Dr Von Stein, de Moscou, qui, explorant la gorge d'un patient avec une petite lampe à incandescence, vit l'abolition du réflexe laryngien. Il put conclure à l'action anesthésique de la lumière électrique. On put le reproduire dans l'arthritisme par cette même lumière (Dr Joseph Gérard ; moi-même,... 1892), pour les rayons X (Dr Sokolov de Saint-Pétersbourg, 1898). Mais les essais méthodiques et continus ne datent que de 1893. A cette époque, d'après Tillmann, Thayer a soumis des lupiques à l'action de la lumière solaire concentrée au moyen d'une lentille biconvexe dans le but d'utiliser surtout les effets caloriques de ces radiations. En 1896, Otterbain publie, à Trèves, un cas de lupus traité par un empirique au moyen du « verre ardent ». Plus tard, écrit le professeur Finssen, de Copenhague, qui perfectionna et même créa, pour ainsi dire, la méthode, un certain Maximilien Mehl utilisa le même procédé. Enfin Ziegebroth (juin 1895) signale que le Dr Lahmann a traité deux cas de lupus par la lumière électrique combinée avec l'usage de la douche filiforme alternativement chaude et froide. La source employée était une lampe voltaïque de 12 ampères avec réflecteur parabolique dont elle occupait le foyer. Le patient commençait par dix minutes, puis arrivait à des séances d'une demi-heure. Cette disposition envoyait des rayons non convergents, mais parallèles et d'intensité bactéricide trop faible. « En effet, écrivait le Dr Finssen dans la *Semaine médicale*, si ces rayons lumineux pouvaient guérir le lupus, jamais on ne verrait cette affection survenir à la face, le visage étant une partie du corps fréquemment et plus ou moins longuement exposée aux rayons solaires, qui sont plus intenses que la lumière employée par M. Lahmann... Ces faits isolés de l'emploi de la lumière pour le traitement du lupus sont donc de peu de valeur et ne peuvent guère fournir une base à des recherches ultérieures. J'ai cru devoir, en conséquence, reprendre de fond en comble l'état de cette importante question. »

Quoi qu'il en soit de la priorité de l'idée et de la valeur des recherches antérieures, les travaux de M. Finssen ont donné de beaux résultats thérapeutiques que j'ai pu entendre exposer au Congrès annuel de la Société de Dermatologie en 1898. Il a été amené par diverses tentatives à supprimer de la lumière solaire que l'on n'a pas toujours à volonté ou de la lumière électrique à arc les rayons calorifiques qui brûlent les tissus, les ultra-rouges, les rouges;

les oranges et les jaunes, et à ne garder que les rayons chimiques. La radiothérapie, par action antiseptique ou modificatrice, paraît donc être purement un ensemble de phénomènes chimiques, thèse que je soutiens depuis longtemps. Les radiations bleues ou violettes sont donc seules utilisées; on les obtient « en faisant passer les rayons lumineux à travers une couche d'eau colorée par le bleu de méthylène ou le sulfate de cuivre ammoniacal. On obtient ainsi une lumière bleue violette qui est microbicide par excellence ».

L'appareil qui peut concentrer la lumière du soleil ou de l'arc voltaïque — la lampe à incandescence étant trop faible (?) — est formé essentiellement d'une lentille plan convexe creuse, de 20 à 40 centimètres de diamètre, remplie d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre, d'un support métallique en forme de fourche qui la porte et lui permet des mouvements de rotation, d'élévation ou d'abaissement. Dans la pratique, il est assez complexe, un peu semblable à un télescope, pour amener les rayons lumineux et les concentrer sur la région lupique; deux lentilles plan convexe limitent un espace contenant dix litres d'eau distillée. La solution cupro-ammoniacale — filtre de lumière — termine l'appareil en un cylindre très aplati limité par des verres plans ; elle se trouble facilement; aussi est-elle facile à remplacer; la quantité en est également variable, car il se produit forcément une élévation de température qui peut n'être pas supportée par tel ou tel malade, surtout si l'on songe à la force électrique employée; un arc voltaïque de 80 ampères environ, l'éclairage de 20000 bougies normales, qui peut tuer la plupart des microbes pathogènes en une à deux minutes, et les affaiblir en une ou deux secondes. Cette solution cupro-ammoniacale est même inutile; les lentilles de quartz terminales et placées au compresseur ne laissent passer que les rayons utiles; de plus, elle s'altère très rapidement, même sans servir, elle se décolore avec la plus grande facilité. A l'hôpital Saint-Louis cette radiothéraphie est maintenant appliquée, la solution bleue est supprimée; j'ai fait de même dans la modification du traitement dont je suis l'auteur.

Les rayons lumineux, d'abord parallèles, se concentrent enfin au foyer de la dernière lentille convergente en quartz ou cristal de roche, qui laisse passer presque toutes les radiations chimiques ultra-violettes. Le point focal contient encore un peu de chaleur : aussi n'y place-t-on pas le patient, mais à quelque distance qui se trouve facilement et assez vite, avec l'expérience de l'appareil. Si l'on emploie le soleil, il y a également des corrections selon le déplacement de l'astre. Si la lumière est trop forte, on concentre davantage la solution bleue, on la fonce par l'addition de liquide cuprique plus dense.

Ce n'est pas tout encore. Pour l'action thérapeutique, il

faut rendre perméables à la lumière les tissus vivants qui le sont peu ou point; il faut les rendre exsangues pour qu'ils soient facilement traversés. Aussi M. FINSSEN a-t-il construit des appareils compresseurs avec rubans élastiques et qui doivent être surveillés, les séances étant longues encore d'une heure après avoir été d'abord de deux heures. On a fait des compresseurs avec deux plaques de quartz entre lesquelles un courant d'eau froide, facile à régler, circule constamment.

L'action sur la peau n'est pas immédiate : ce qui prouve — écrit le Dr BANG, chef du laboratoire de FINSSEN, en la *Radiographie* — qu'il ne s'agit pas d'action calorifique ; ce n'est que six à dix heures après la séance que se produisent une rougeur, une tumeur, c'est-à-dire les réactions d'une inflammation légère et sans douleur. « Un suintement séreux, des phlyctènes « *jamais* » purulentes, se produisent parfois. La rubéfaction persiste longtemps, 15 à 30 jours même après la cessation du traitement. Peau saine et placards lupiques réagissent de même. Mais au siège seul des lésions se forment des cicatrices solides, des néoformations conjonctives dépourvues de bacilles de Koch.

*
* *

Avant d'aller plus loin dans l'exposé de la méthode de notre savant confrère danois, voyons comment on peut selon les effets à produire, soit avec la source lumineuse dont il se sert, soit beaucoup plus simplement, obtenir les diverses formes de la lumière utile en thérapeutique infantile ou générale d'ailleurs.

A l'Académie des sciences, le 24 décembre 1900, M. LIPPMANN a présenté une courte note intitulée : « Nouvelles utilisations pratiques et physiologiques de la lumière électrique des lampes à incandescence », par MM. le Dr FOVEAU DE COURMELLES et G. TROUVÉ, note que nous reproduisons ici :

« Les miroirs paraboliques avec lampe à incandescence placée à leur foyer, augmentent considérablement la puissance des rayons lumineux, puisqu'il n'y a nulle déperdition, concentrés qu'ils sont en un faisceau parallèle et dirigeable à volonté (TROUVÉ). De ces principes dérivent diverses utilisations pratiques, comme d'éclairer fortement le champ d'un microscope, pour étudier l'influence des diverses modalités lumineuses sur les êtres vivants, infusoires, infiniment petits, sur les matières phosphorescentes ou fluorescentes, même avec de faibles intensités lumineuses.

Comme source d'énergie on emploie soit la batterie portative de l'un de nous, G. TROUVÉ (1), soit le courant des secteurs d'éclairage avec des lampes de un à cinq ampères alors faites

(1) L'acétylène, une lampe à arc beaucoup plus faible que celle de Finssen pourraient être placés au foyer.

avec un charbon spécial qui permet de leur donner le maximum d'intensité et de rayons chimiques (1) (fig. 1).

La lumière et la chaleur totale, puissants toniques de la nutrition végétale et animale, n'ont besoin que du miroir parabolique et de la lumière placée en son foyer.

La *lumière colorée* et notamment la lumière rouge conseillée en ces derniers temps, pour empêcher les cicatrices de variole,



Fig. 1. — Appareil producteur de la lumière totale : A, Réflecteur parabolique.

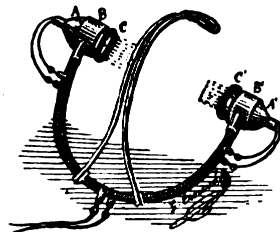


Fig. 2. — Appareil pour l'éclairage des petites surfaces : AA', Miroirs paraboliques : B, C, Cylindres filtrant la lumière.

est obtenue par un disque mobile diversement coloré, placé devant le miroir parabolique.

La *lumière froide* s'obtient par l'absorption des rayons calorifiques au moyen d'une solution d'alun interposée sur leur trajet, et, au besoin, entourée d'un courant d'eau froide (fig. 2).

La *lumière chimique*, que Finssen a préconisée en radiothérapie, contre le lupus, jusqu'ici incurable, et qui exige avec lui une intensité lumineuse énorme, est produite par nous dans des proportions très suffisantes. En effet, cet appareil destiné à agir physiologiquement, électrochimiquement, sur des tissus morbides, ne peut d'ordinaire, vu sa puissance, sa complexité et sa longueur, que se placer à l'air libre à un mètre ou un mètre cinquante du tissu à modifier ; si donc on la simplifie et que les rayons n'aient à franchir qu'un espace, une distance quatre ou cinq fois moindre, au lieu de se répartir sur une surface consi-

(1) J'ai essayé aussi avec une petite lampe d'avoir la chaleur nécessaire à une couveuse d'enfant, et rien n'est ainsi plus simple que d'avoir une température constante de 37° avec possibilité, en plaçant une petite résistance et un thermomètre à sonnerie, d'être prévenu automatiquement si la température s'élève.

dérable, sont concentrés sur ce petit espace, l'intensité est tout employée.

D'autre part, les nombreuses lentilles du dispositif Finssen ne sont pas sans absorber une grande partie des rayons chimiques de la lumière solaire ou de l'arc voltaïque de quatre-vingts ampères nécessités par cette méthode. Notre système est formé d'une lampe variant de un à cinq ampères au foyer

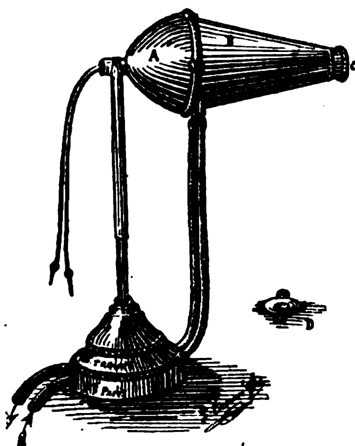


Fig. 3. — Appareil complet pour l'étude de la lumière : A, Miroir parabolique ; B, Double manchon filtrant et réfrigérant; D, Compresseur pour l'action chimique sur les tissus vivants.

du miroir parabolique décrit plus haut, de l'un de nous, Trouvé, puis d'un tronc de cône s'y emboîtant par sa grande base et terminé à sa petite base par une lentille plan convexe de quartz, destinée à ne laisser passer que les rayons chimiques ultra-violets ; entre la lampe à incandescence et la lentille terminale se trouvent, l'un entourant l'autre, un double manchon extérieur dans lequel circule un courant d'eau froide constamment renouvelé, et un manchon intérieur contenant une solution cupro-ammoniacale destinée à ne laisser passer que la lumière chimique (1). L'air chaud entourant la lampe à incandescence peut s'échapper par de petits trous appropriés. Nous avons pu limiter la quantité d'eau employée, généralement considérable, ce qui, joint à l'intensité lumineuse énorme et nécessaire jusqu'ici, rendait difficilement et rarement applicable l'*électrophotothérapie;* la pompe de l'un de nous, Trouvé, permet de faire circuler indéfiniment la même petite quantité d'eau qui vient se refroidir dans un récipient extérieur. Divers robinets permettent soit la circulation

(1) Cette solution peut se supprimer à volonté, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

d'eau froide, soit le renouvellement de la solution cupro-ammoniacale que les rayons lumineux altèrent rapidement.

*
* *

Les premiers essais de FINSSEN remontent à 1895 ; encouragé par le succès, il fonda un *Institut de Lumière* que tout de suite subventionna l'Etat. Il a obtenu aujourd'hui, écrivait M. BANG en octobre dernier, 35 guérisons complètes du lupus vulgaire. Comme dans les applications de maintes modalités électriques ou chimiques, la cure est lente à se produire, et c'est le seul reproche à lui adresser. Aucune récidive ne s'est encore produite.

L'arc électrique a été également employé en Allemagne, en Amérique, en Russie, avec ou sans réflecteur. A KOLOMNA, le Dr N. V. EWALD a remarqué la rareté des affections rhumatismales et nerveuses chez des ouvriers employés à la soudure du fer par l'emploi de l'arc voltaïque (procédé BENARDOS); l'arc utilisé par lui au traitement de ces affections lui a donné des succès ; de même le Dr KOZLOWSKI (de Saint-Pétersbourg) a guéri ou amélioré avec un arc de 70 volts et 15 ampères des sciatiques, des lumbagos, des tics douloureux de la face, des névralgies.

M. KOZLOWSKI place le malade à 1 m. 50 du foyer lumineux dont les rayons n'arrivent que sur la région malade au travers d'un écran de carton perforé comme il convient. Il l'y laisse de 45 à 120 secondes. Les yeux et la face sont protégés par un masque avec verres jaunes ou bleus épais. Comme précédemment, l'action n'est pas immédiate ; c'est six ou huit heures après que la peau rougit, picote, démange, puis, 48 heures après, se desquame pour guérir enfin, en trois ou quatre séances.

M. DE RENZI a ainsi traité quatre malades atteints de tuberculose pulmonaire avancée et qui recevaient la lumière de l'arc sur un thorax amaigri et par suite très perméable, de 13 à 50 minutes. La température de ces cachectiques s'abaissa, les crachats furent moins bacillaires ; mais l'état général et les signes stéthoscopiques furent peu modifiés.

La lumière solaire concentrée sur les plaies de mauvaise nature, de petites tumeurs (nævi, verrues, taches pigmentaires), des parasites de la peau, a donné en Amérique, au Dr THAYER, de bons résultats. L'Italien A. SCIASCIA a ainsi guéri une ophtalmie granuleuse.

(*A suivre.*)

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Sclérose cérébrale infantile d'origine hérédo-syphilitique. — A. Pic et Piéry (1). — Une jeune fille s'est présentée, le 20 juin 1896, à la consultation gratuite de l'Antiquaille. Mère bien portante, dit n'avoir jamais eu aucun signe de syphilis ; a eu deux enfants et deux fausses couches.

Père actuellement âgé de 58 ans, atteint, en 1879, de spermatorrhée, nerveux ; nie avoir eu jamais d'accidents syphilitiques ; mais on constate une hyperostose fusiforme volumineuse du tibia droit qui ne s'accompagne pas de modification des téguments, est très douloureuse au toucher, et s'accompagne aussi de douleurs spontanées, surtout la nuit, obligeant le malade à se lever : c'est donc, sans doute, une hyperostose syphilitique. Exagération notable de tous les réflexes tendineux, aussi bien aux membres supérieurs qu'inférieurs, mais pas de trépidation épileptoïde ni de phénomène du genou.

L'enfant, mis en nourrice, à 2 et 3 mois, était devenue très malingre, pâle à 3 mois ; elle eut une *rhinite*, avec sécrétion *sanguinolente*, aucune éruption à ce moment. Diarrhée très opiniâtre jusqu'à 9 mois.

A ce moment, à plusieurs reprises, desquamation des téguments. Pas d'autres maladies dans l'enfance, si ce n'est quelques petites bronchites ; à 9 ans, kératite. Jusqu'il y a trois mois, la malade, qui a 18 ans, avait les seins très peu développés, la région génitale glabre. N'est pas réglée. A 9 ans, un matin, au réveil, on s'aperçut que l'enfant était paralysée du côté droit et aphasique. Au bout de quinze jours, dit la mère, les mouvements étaient en partie revenus. Dès l'époque de cette attaque, la malade n'a pas cessé d'avoir, toutes les semaines ou les deux semaines, de petites attaques convulsives, pendant lesquelles la malade ne perd pas connaissance : ces crises duraient une à deux minutes. Elles persistèrent jusqu'il y a 3 ans ; dans les derniers temps, elles consistaient uniquement en abolition de la parole sans perte de connaissance. — Le 1er mai dernier, à *trois heures du matin*, la malade a pris une véritable crise convulsive avec perte de connaissance, mais sans émission d'urine, sans morsure de la langue, mais avec ronflement. Deux grandes crises, il y a huit jours, avec convulsion des globes oculaires et mouvements toniques surtout ; ces crises la laissent très abattue. A l'âge de 9 ans, lors de la première crise, l'iodure de potassium améliora l'état de l'enfant.

(1) *La Province médicale*, 26 janvier 1901.

Actuellement, la malade présente des troubles moteurs, les restes de son aphasie et un arrêt de développement du côté droit.

Les troubles moteurs consistent surtout en mouvements lents et involontaires de *flexion* des deux derniers doigts au niveau de leur articulation métacarpo-phalangienne et d'opposition du pouce. Les deux autres doigts, au contraire, restent en extension forcée, et l'on peut même constater que les phalanges sont inclinées légèrement les unes sur les autres dans le sens de l'extension. Dans le pied droit, de temps à autre quelques mouvements involontaires des orteils. Lorsqu'on ordonne à la malade de serrer un objet, c'est alors surtout que se prononcent les mouvements d'opposition du pouce et de flexion des deux derniers doigts, si bien qu'ils s'appliquent dans la paume de la main sans embrasser l'objet. La force musculaire aux membres supérieurs, calculée au dynamomètre, est de 16 à gauche et de 6 à droite. La force musculaire est à peu près intacte dans les membres inférieurs. La jambe droite résiste un peu moins à la flexion que la gauche, et elle est plus vite fatiguée que cette dernière. Enfin, en marchant, la malade butte légèrement, par suite d'un peu de raideur dans la jambe droite. Pas de contracture. Légers tremblements fibrillaires dans l'extrémité de la langue, pas de tremblement des membres. — Un *arrêt de développement* des membres droits, se constate à la simple inspection et est confirmé par la mensuration. Il est plus marqué aux membres supérieurs.

En fait de *troubles du langage*, l'aphasie motrice paraît à peu près disparue, la malade parle surtout très bas et prononce mal, répond aux questions posées par des monosyllabes et quelques mots seulement. La perception auditive est intacte, elle comprend tout ce qu'on lui dit et va même faire des commissions pour sa mère. Cécité verbale ; la malade, qui savait lire autrefois, ne reconnaît même plus ses lettres. Agraphie incomplète. La malade ne peut écrire que son nom et son prénom, mais, en dehors de ces deux noms, est incapable d'écrire un mot quelconque. Toutefois elle peut encore écrire quelques lettres, telles que *m*.. *o*.., etc.

Si on écrit le mot au préalable, elle le reproduit à peu près et en se servant toujours de la main *gauche*. Du côté de la *vision*, la malade dit voir trouble de l'œil droit. Au niveau de l'œil gauche, léger dépoli de la cornée ; pupilles déformées des deux côtés ; pas de troubles de la sensibilité ; adhérence des lobules de l'oreille. Nez un peu écrasé, ce que n'ont ni le père, ni la mère. Six crises convulsives depuis le mois de mai et sept vertiges.

Sous l'influence du traitement spécifique, les crises diminuent, puis cessent. La puberté s'établit et la menstruation est très régulière.

Au mois d'octobre, les crises deviennent de plus en plus fréquentes. La malade a des frayeurs, des hallucinations terrifiantes.

Elle est absolument idiote, répond à peine aux questions qu'on lui pose.

Crises d'épilepsie jacksonienne. Les symptômes de l'hémiplégie spasmodique infantile restent les mêmes.

On porte le diagnostic de traumatisme du crâne ancien ayant déterminé un foyer hémorrhagique transformé en kyste.

Trépanation par M. JABOULAY, le 8 décembre.

La couronne de trépan est placée au niveau du pied de la troisième frontale gauche. Les méninges sont épaisses et après l'incision de la dure-mère, on aperçoit une membrane nacrée et laiteuse, semblable à l'enveloppe d'un kyste hydatique. L'incision laisse écouler une petite quantité de liquide et M. JABOULAY constate la communication de ce kyste, gros à peu près comme une mandarine, avec la cavité sous dure-mérienne. Les méninges, tout autour, présentent le même aspect laiteux qu'on avait vu à l'incision de la dure-mère.

Au vingtième jour après l'opération, les crises convulsives et les vertiges n'avaient point reparu.

Séjour, en juillet, dans le service de M. le professeur TEISSIER. Elle entre pour des crises d'épilepsie jacksonienne qui ont reparu quelque temps après la trépanation. Dans le service, elle contracte une broncho-pneumonie double qui l'enlève.

Autopsie. — Encéphalite de l'enfance ; atrophie allant presque jusqu'à la disparition complète du manteau hémisphérique gauche étendue au territoire de l'artère sylvienne. Epaississement de la pie-mère au niveau de tout l'hémisphère du même côté. Œdème sous-arachnoïdien gélatineux au niveau des régions atrophiées. Diminution de calibre, oblitération partielle et sclérose des deux sylviennes droite et gauche. Atrophie du lobe cérébelleux gauche. Atrophie du faisceau pyramidal gauche, au niveau de la partie supérieure du bulbe. Adhérences nombreuses et anciennes des méninges sur toute la hauteur de la moelle. Broncho-pneumonie double. Gangrène du lobe supérieur du poumon droit.

Compression radiculaire dans la paraplégie pottique (1). — M. TOUCHE. — Il est important, aussi bien au point de vue du diagnostic de la paraplégie pottique d'avec la myélite transverse, qu'en ce qui concerne le pronostic de la première de ces affections, de savoir si les racines lombaires et sacrées sont lésées en même temps que la moelle. Cette question ne peut être tranchée, ni au début ni à la période d'état de la paraplégie, par la distribution des troubles sensitifs ou moteurs. Au déclin de l'affection, au contraire, on pourra s'appuyer sur la topographie radiculaire typique ou atypique des troubles de la sensibilité ; mais les signes qui, d'après mes recherches, indiquent d'une façon cer-

(1) Société médicale des hôpitaux. Séance du 18 janvier 1901.

taine la participation des racines au processus pottique, sont la rétention des urines de l'état des réflexes. La dissociation et la variabilité des réflexes chez les différents sujets s'expliquent, de même que les variations des troubles sensitifs, par les inégalités de la pachyméningite, laquelle comprime plus ou moins, suivant le moment et selon le lieu, telle ou telle racine. Les lésions partielles, isolées ou collectives, les racines postérieures rendent compte également des topographies atypiques de l'anesthésie radiculaire.

Établissement tardif de la sécrétion lactée (1). — **Les débiles doivent être nourris par leur mère.** — MM. Budin et Perret. — Madame S..., primipare, 22 ans, accouche prématurément le 30 octobre 1900 d'un enfant pesant 2.040 grammes. Ne pouvant le soigner chez elle, elle le place dans un établissement de couveuses où il reste quinze jours et en sort pesant 2.060 grammes. Mais la mère n'ayant pas de lait dans ses seins pour le nourrir et ne pouvant prendre une nourrice, met l'enfant au biberon. Il est pris de diarrhée, ses garde-robes sont fétides, et il dépérit. Sur les conseils d'un médecin, elle apporte son enfant à la clinique où il arrive pesant 1.770 grammes. Nous mettons l'enfant au sein d'une nourrice, son tube digestif est remis en bon état, il se développe bien et pèse aujourd'hui 2.660 grammes.

Nous ne nous sommes pas contentés de soigner l'enfant, nous avons voulu qu'en sortant de la clinique sa mère eût du lait pour l'élever; dans ce but nous avons fait téter cette femme par un gros enfant et, bien qu'elle fût accouchée depuis cinq semaines, bien qu'elle n'eût pas de montée laiteuse, sous l'influence des succions régulières et répétées d'un enfant déjà fort, nous avons vu la secrétion lactée s'établir peu à peu; elle a pu, à un moment donné, nourrir seule son enfant et même nous aider à en élever d'autres, car, le jour de son départ, le 20 décembre, elle a fourni dans la journée 950 grammes de lait.

Un syndrome gastrique particulier chez le nourrisson(2). — MM. E. Weill et M. Péhu. — Chez deux jeunes enfants, âgés respectivement de six semaines et de deux mois et demi, les auteurs ont eu l'occasion d'observer un syndrome gastrique particulier, essentiellement caractérisé par des vomissements réguliers et faciles, sans odeur, sans signe de fermentation, survenant peu de temps (de quinze à trente minutes en général) après l'ingestion de lait, qu'il s'agisse du lait maternel ou de lait de vache stérilisé. Chez l'un de ces nourrissons, l'affection avait débuté dès les premiers essais d'alimentation ; chez l'autre elle avait fait son apparition seulement trois semaines après la naissance.

(1) Société d'obstétrique de Paris. Séance du 29 décembre 1900.
(2) Société des sciences médicales de Lyon. Séance de décembre 1900.

On peut dire que la maladie était constituée tout entière par les vomissements ; on ne notait, en effet, ni dilatation gastrique, ni diarrhée ; rien, dans l'état général, ne témoignait d'une infection ou d'une intoxication gastro-intestinale ; il n'y avait notamment pas de fièvre, pas d'hypertrophie du foie ni de la rate, pas d'albuminurie ; seul, en raison de la nutrition insuffisante, le poids du corps accusait une diminution progressive.

Le cathétérisme stomacal montrait que la digestion se prolongeait très au delà de ses limites habituelles. L'analyse chimique donna la clef de ce phénomène, en montrant que le taux de l'acidité gastrique se maintenait élevé beaucoup plus longtemps que d'ordinaire.

Pour MM. Weill et Péhu, la lenteur anormale de la digestion — ainsi que la sensibilité exagérée de la muqueuse — a pour conséquence immédiate de maintenir le pylore fermé, d'où résulte une stagnation à peu près absolue des *ingesta* : lorsque, à l'occasion d'une nouvelle tétée, du lait arrive dans cet estomac déjà presque plein, le vomissement se produit. Il a suffi de faire avant les prises de lait (espacées de trois heures environ) un lavage d'estomac à l'eau bouillie tiède pour voir disparaître tous les symptômes.

Chez les petits malades de sa clientèle privée, M. Weill remplace les lavages d'estomac, impossibles à pratiquer régulièrement en dehors de l'hôpital, par une médication sédative, consistant en l'application de compresses chaudes sur l'épigastre, l'ingestion de lait un peu chaud, enfin l'administration d'une faible dose de bromure de potassium et de bicarbonate de soude avant chaque tétée.

Le afasie nei bambini come complicazioni nel decorso di malattie infettive (*Aphasie chez les enfants comme complications au cours des maladies infectieuses*) (1). — Vincenzo Trischitta.— L'aphasie a été observée pendant la rougeole, la scarlatine, la variole, la coqueluche, la diphtérie, et par l'auteur dans l'infection tuberculeuse : fille de cinq ans atteinte de méningite, dès le deuxième jour paralysie faciale et aphasie complète jusqu'à la mort. La chorée peut s'accompagner d'aphasie. De même l'aphasie a été observée dans la pneumonie, la fièvre typhoïde (nombreux cas). — L'anatomie pathologique est en général muette, les lésions ayant été d'ordre congestif et par conséquent transitoires. On peut cependant trouver des embolies des artères cérébrales avec ramollissement. Peut-être l'aphasie est-elle due souvent à une intoxication, à l'action des toxines microbiennes sur les centres nerveux.

Le pronostic de ces aphasies est d'autant meilleur qu'il n'y a pas complication d'hémiplégie.

(1) *Gazz. degl. osp. e delle clin.* 1900.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE KIEW.

Séances de novembre et décembre 1900

Le Dr Troitzky, président, résume en quelques mots les débats des séances précédentes sur les complications et les accidents consécutifs aux injections de sérum antidiphtérique : selon lui, ces accidents sont imputables à la composition complexe du véhicule (sérum de cheval) renfermant l'antitoxine : aussi, suivant lui, serait-il désirable de posséder cette antitoxine à l'état de pureté afin de pouvoir l'injecter sous la peau en solution aqueuse.

M. Kaczkowsky présente un cas de torticolis opéré avec succès et une préparation anatomo-pathologique d'un kyste congénital de l'arc bronchial ; il communiquera ultérieurement l'examen microscopique.

Une discussion très intéressante s'engage à propos d'une communication de M. Lazareff : « *La question du lait — la stérilisation du lait.* »

Selon M. Hendelmann, l'importance de la « question du lait » est indiscutable, et mérite qu'on s'en occupe sérieusement afin de réagir contre l'indifférence inconcevable du public quand il s'agit d'un aliment qui, pourtant, constitue souvent le seul qui convienne à une foule d'enfants et à un certain nombre d'adultes, malades ou convalescents. M. Hendelmann admet bien que cette question n'ait atteint son intérêt culminant que dans les pays occidentaux à développement industriel intense. En Russie, pays d'agriculture, les conditions de vie lui paraissent différentes ; le lait, étant fourni en meilleures conditions, les analyses du lait devraient le démontrer. La mise au point de la question du lait n'est pas moins intéressante, vu que la Russie, en raison de son développement industriel et commercial à progrès très rapides, ne le cédera, à ce point de vue, bientôt en rien aux pays occidentaux. M. Hendelmann exprime le regret que le rapporteur, M. Lazareff, n'ait pas abordé les questions si intéressantes de l'allaitement au sein et de l'allaitement artificiel des enfants, de la valeur de l'allaitement mixte et enfin de la durée de l'allaitement au sein, cette durée paraissant varier selon les temps, les lieux, les classes de la société et les coutumes d'un pays. Il n'aurait pas été moins intéressant de connaître la mortalité des enfants soumis à l'allaitement mixte et les résultats de ce dernier, ainsi que d'avoir par l'auteur quelques renseignements sur le rôle des aliments dits succédanés du lait, dans l'alimentation artificielle des enfants.

En réponse aux observations émises par M. Hendelmann, M. La-

ZAREFF décrit la situation de la Russie quant à la question spéciale du lait de vache. Voici les résumés des données intéressantes qu'il expose à ce sujet : KNOCHENSTIERN et GERHARDT de Derpt (Jourew) ont fait des recherches sur les analyses du lait fourni à Saint-Pétersbourg et à Moscou. D'après les recherches bactériologiques de JACHARBENOW pratiquées en 1895, pour 1 c. m. cube,

le lait de St-Pétersbourg contient. . .	1.789.090	bactéries.
— des crémeries.	4.606.000	—
— du marché.	21.615.000	—
— des boutiques au détail. . . .	36.660.000	—
— des porteurs.	36.357.000	—

D'après les travaux de la station sanitaire de Moscou (sous la direction du professeur ERISMEN) faits de 1891 à 1894, le lait des marchés contient, par litre, de 3,2 à 5,60 milligr. d'excréments de vache. Les recherches de la station sanitaire de Kiew ont démontré la fréquence d'additions de l'eau à du lait; on peut aisément en déduire le degré de souillure du lait et sa richesse en bactéries. Selon M. LAZAREFF, ces recherches démontrent qu'en Russie le lait de vache ne se distingue point par la supériorité de ses qualités, du lait consommé dans les autres pays ; si l'on y ajoute que l'allaitement artificiel n'est pas moins répandu en Russie qu'ailleurs, il devient évident qu'en Russie la question du lait se trouve déjà à l'ordre du jour.

Le rapporteur aborde la question d'augmentation du prix du lait dans les cas où les vacheries et les fermes se trouvent soumises à des règlements d'hygiène sanitaire et où le lait est contrôlé aux laboratoires chimiques spéciaux.

En citant les exemples de quelques villes à l'étranger : Francfort, Rochester, Buffalo, il conclut que l'augmentation du prix de ce lait est nulle ou insignifiante.

Quant à la durée de l'allaitement naturel, l'auteur ne veut que le sein pendant 6 mois au moins, et il est formellement opposé à l'allaitement par des succédanés du lait. — M. LAZAREFF cite à ses collègues les chiffres et les conclusions énoncées par BIEDERT dans son traité sur l'alimentation des nourrissons (*Die Kinderernährung im Saüglingsalter*, etc... 1900).

M. KACZKOWSKY place la discussion sur le terrain bactériologique : la fréquence de la tuberculine chez les vaches, l'efficacité réelle de l'épreuve de la tuberculose comme moyen diagnostique, enfin la nocivité du lait due soit aux bacilles, soit aux toxines contenus dans le lait.

Se basant sur les recherches de divers auteurs, M. LAZAREFF admet que la tuberculose, assez fréquente chez les vaches (5,3 p. 100 en Angleterre, 10 p. 100 en Amérique), est, dans presque tous les cas, diagnostiquée par la tuberculine. Le lait contenant des bacilles de la tuberculose peut devenir un agent de contamina-

tion; quant aux toxines, leur présence dans le lait n'est point indifférente à l'intégrité de l'organisme humain, de sorte que, même soumis à l'ébullition ou à la stérilisation, il reste impropre à la consommation.

A la question de M. Barschach, sur les bons effets de l'emploi temporaire du lait stérilisé dans les affections gastro-intestinales, M. Lazareff émet l'opinion que le lait dans ces conditions ne doit pas agir comme aliment, mais comme modificateur de la réaction du milieu du canal gastro-intestinal. M. Barschach et M. Lazareff sont d'accord que les enfants allaités au lait stérilisé sont presque tous anémiques et rachitiques.

Ayant exprimé sa préférence pour le lait *stérile* et, faute de celui-ci, pour le lait *pasteurisé* plutôt que le lait *stérilisé*, M. Lazareff émet le vœu que la Société des médecins d'enfants de Kiew entreprenne une campagne en faveur de l'établissement des mesures et des règlements d'hygiène sanitaire auxquels devraient être soumis les fournisseurs du lait de vache, ou au moins réclame et encourage la création d'une ferme modèle, soit par la municipalité, soit par un entrepreneur particulier.

Après une vive et longue discussion sur la possibilité de réaliser une ferme modèle fournissant du lait stérile, sur la réussite commerciale d'une entreprise semblable, sur son opportunité, la Société décide : d'adopter les conclusions du rapporteur et, pendant la séance suivante, d'élaborer, en présence des membres de la commission sanitaire, le projet des mesures réglementaires, ainsi que le plan de la ferme modèle qu'on soumettrait ensuite à l'appréciation du conseil municipal.

Le commencement de la séance du 9 décembre a été consacré à la discussion de la *question du lait* soulevée par le rapport de M. Lazareff. La proposition de la création d'une ferme modèle ayant été acceptée en principe lors de la séance précédente, on renouvelle la discussion au point de vue des difficultés matérielles qu'offre la réalisation d'un tel projet. Comme le disait M. Troïtzky à la séance précédente, la création d'une ferme modèle, étant une œuvre humanitaire et d'utilité publique, doit être mise au-dessus des préoccupations d'ordre commercial. C'est donc à la municipalité de la ville de Kiew même que doit revenir la charge de la réalisation de ce projet.

M. Clopotowsky résume la discussion en disant qu'il a vu des fermiers désireux de se conformer aux prescriptions d'hygiène émanant du conseil d'hygiène sanitaire, et d'entreprendre même l'organisation d'une ferme modèle, pourvu qu'ils aient devant les yeux un exemple de fonctionnement d'une telle ferme. M. Clopotowsky conclut que c'est à la ville d'organiser la première ferme modèle.

M. Daraganewsky est convaincu que le projet et le plan d'une

ferme modèle seront élaborés, les entrepreneurs pour réaliser ce projet ne feront point défaut.

La Société décide alors de nommer une commission spéciale chargée d'élaborer : 1° le projet de règlements d'hygiène sanitaire destinés à tous les fournisseurs de lait, et 2° le plan de la ferme modèle. La commission est formée par MM. Troïtzky, Lazareff, les membres de la commission sanitaire de la ville de Kiew, le vétérinaire municipal, le directeur du laboratoire municipal de chimie. La commission est autorisée à associer à ses travaux toutes les personnes compétentes qu'elle jugerait utiles.

Le Dr Wojcieckowksy communique l'observation d'une variole, naturelle, chez un enfant âgé de 3 jours, sans que la mère en eût été atteinte. Les cicatrices de pustules sont très nettes et caractéristiques.

M. Lazareff admet la réalité de ce fait, quoique rare ; il conclut que la durée de l'incubation de la variole, supposée de 10 à 14 jours, doit être considérée comme étant de 3 à 14 jours.

Selon M. Barschach, le professeur Biedert, dans son Manuel, cite un cas de variole authentique dont l'incubation n'aurait été que de 2 jours.

M. Wojcieckowksy lit en outre une observation intitulée : « un cas d'hyperadipose chez un enfant âgé de 4 mois et 1/2 ».

Cet enfant étant également atteint d'une éruption vésiculeuse et érythémateuse, les membres de la Société qui l'avaient observé discutent l'hypothèse d'une syphilis héréditaire. M. Lazareff est d'avis que chez cet enfant l'érythème vésiculeux est une manifestation de troubles trophiques profonds, au même titre que son hyperadipose.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Appareil orthopédique pour les joueurs de violon(1).— M. Laborde a présenté à l'Académie de médecine un appareil de prothèse prenant son appui sur la ceinture et destiné à soutenir le bras gauche des enfants qui apprennent à jouer du violon. L'emploi de cet appareil permet d'éviter l'attitude vicieuse que prennent les enfants en jouant.

Ce petit appareil a reçu l'approbation des maîtres violonistes.

NOUVELLES

Le IVe Congrès italien de pédiatrie se tiendra cette année à Florence, du 15 au 20 octobre. Nous reviendrons dans notre prochain numéro sur cette communication qui intéresse nos lecteurs.

(1) 22 janvier 1901.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

Clinique pédiatrique de l'Université de Rome, dirigée par le Pr Luigi CONCETTI.

SUR UN CAS TYPIQUE DE SCLÉROSE EN PLAQUES CHEZ UNE PETITE FILLE DE 7 ANS

Par le Docteur P. SORGENTE, assistant.

La sclérose en plaques est, de l'avis général des auteurs, une maladie très rare et, selon quelques-uns même inconnue dans l'enfance.

La littérature, en effet, n'est pas riche sur ce sujet ; et quand même on ne voudrait pas retenir comme très exacte l'affirmation de d'Espine et Picot (1), que jusqu'à aujourd'hui on ne connaît qu'une trentaine d'observations de sclérose en plaques dans l'enfance, certainement le nombre est encore tel, qu'il peut bien justifier le jugement déjà énoncé. C'est pour cela que je n'ai pas cru inutile de publier le cas qui s'est présenté à notre observation vers la fin de cette année, d'autant plus que, par le tableau complet qu'il a présenté des symptômes, on peut le considérer comme un cas typique de la maladie, et d'y joindre aussi un autre cas qui nous a paru pouvoir compter parmi les formes atypiques dont nous dirons aussi quelques mots.

Histoire clinique. — Olga L. 7 ans. Il n'y a pas d'hérédité névropathique directe on collatérale.

Le père, un acrobate que nous n'avons pas examiné, est, selon les assertions de sa femme, un homme robuste et sain. Il dit n'avoir jamais eu la syphilis, ni aucune maladie vénérienne.

La mère, saine et forte, n'a jamais non plus souffert de maladies dignes d'être notées, soit avant, soit après le mariage.

Elle a eu 4 grossesses et une fausse couche à 40 jours, sans cause appréciable, environ un an après la naissance de la petite fille que nous examinons.

Les trois autres enfants sont bien portants.

(1) D'Espine et Picot, Traité pratique des maladies de l'enfance. Sixième édition, 1900, p. 489.

Olga, qui est la dernière, est venue au monde dans des conditions normales et a été nourrie au sein de sa mère qui l'éleva presque exclusivement ainsi jusqu'au vingtième mois. La petite fille mit ses premières dents à six mois et commença à marcher environ à son vingtième mois.

La mère ne sait pas nous dire quand se ferma la grande fontanelle; elle affirme seulement que, jusqu'à 5 mois, la tête était plus molle que celle de ses autres enfants, et d'une consistance presque cartilagineuse.

En fait de maladies antérieures, elle a souffert d'un catarrhe intestinal pendant près d'un mois, peu de temps avant le sevrage complet, qui a eu lieu à 20 mois; à 3 ans et demi elle a eu une rougeole, assez légère. Pendant la convalescence il y eut une légère desquamation de l'exanthème, la fièvre se ralluma, et resta assez élevée pendant 20 jours affectant le type continu, et s'accompagnant d'assoupissement. La mère ne chercha aucun médecin, et soigna elle-même l'enfant avec un peu de quinine. En dehors de l'assoupissement, elle ne se rappelle aucun autre symptôme; elle assure que l'enfant n'avait ni toux, ni oppression, ni diarrhée, mais seulement que les selles avaient une très mauvaise odeur. Il est, par conséquent, difficile d'établir avec certitude s'il s'agissait d'une fièvre typhoïde, ou bien d'une de ces formes infectieuses générales à localisation intestinale qui dans certains cas accompagnent ou suivent les maladies éruptives. Après cette maladie, c'est-à-dire à 3 ans et 8 mois, la petite fille resta un peu faible des jambes, et cette faiblesse augmenta toujours au point qu'elle tombait facilement, et bientôt, comme elle éprouvait des tremblements, elle eut besoin de s'appuyer aux meubles de la chambre pour pouvoir marcher. La démarche devint ensuite de plus en plus difficile, parce que la petite fille, par la vicieuse attitude que ses pieds prenaient, était forcée de s'appuyer sur leurs bords externes.

A dix ans, les deux membres inférieurs étaient frappés de rigidité spastique avec les pieds en équinisme-varus: les tremblements étaient très visibles, surtout quand la petite malade voulait exécuter des mouvements: de sorte que la démarche finit par être impossible et même la station debout. Depuis quelques mois les tremblements ont commencé aussi dans les membres supérieurs; et la parole est devenue scandée avec toujours plus d'évidence. Le nystagmus, assurent les parents, était très évident déjà à la 5me année, encore avant que la petite fille fût réduite à l'impossibilité absolue de marcher. A cet âge on lui appliqua des pointes de feu dans la région dorsale, après quoi, toujours d'après le dire des parents, le nystagmus diminua notablement.

État présent. Examen objectif. — Les conditions générales de la nutrition et du développement laissent bien à désirer; teinte

anémique de la peau et des muqueuses ; le pannicule adipeux est très mince, les masses musculaires sont peu développées. Dans le cou et dans les régions inguinales on sent de petites glandes d'une consistance dure, élastique.

Cheveux blond châtain, pupilles assez contractiles ; la droite seule réagit lentement à la lumière et à l'accommodation. Nystagmus horizontal, mais souvent aussi rotateur, particulièrement quand la petite fille fixe un objet.

Les muscles innervés par le facial exécutent assez bien tous les mouvements; seulement on ne réussit pas à voir froncer le front.

La figure est cependant sans expression, parce que, à cause de l'état d'apathie de l'enfant, les muscles servant à la mimique sont toujours en repos.

La tête tourne librement dans toutes les directions, mais dans les mouvements, elle présente de forts tremblements. La langue, au contraire, quand on la fait tirer en dehors des arcades dentaires, ne présente ni tremblements, ni mouvements.

Les dents sont assez régulièrement plantées. On remarque une asymétrie entre les deux incisives moyennes supérieures.

Dans l'état de repos et pendant le décubitus dorsal, les membres supérieurs et les mains ne présentent pas d'attitudes vicieuses : les membres inférieurs, au contraire, se présentent en hyperextension spastique ; les cuisses en forte adduction, les pieds en équinisme-varus.

Les mouvements passifs des membres supérieurs sont complets, tout en opposant une faible résistance ; les deux membres inférieurs, au contraire, opposant une forte résistance, ces mouvements y sont très limités et difficiles. Le membre inférieur droit particulièrement est dans une telle rigidité spastique, que pour produire avec un peu d'effort quelques mouvements très limités de flexion, on provoque chez l'enfant des tremblements intenses et même douloureux.

Quant à ce qui regarde les mouvements actifs, il suffit d'inviter la petite fille à mouvoir les membres supérieurs, pour les voir tout de suite en proie à de forts tremblements inégaux, oscillatoires, à large base, et incoordonnés, ne correspondant pas au but que la petite fille s'était proposé, quoique ensuite elle finisse par l'atteindre. Il est évident que les tremblements augmentent à mesure que l'enfant va vers le but des mouvements volontaires, lesquels sont aussi accompagnés de tremblements en sens transversal, de la tête et même de tout le corps. La force des mains est modérée ; mais, à cause des tremblements déjà mentionnés, c'est avec beaucoup de difficulté que la petite fille réussit à porter à sa bouche ses aliments même solides. Pour les liquides, c'est absolument impossible : ils seraient renversés dès la première tentative. Les mouvements de la mastication s'accomplissent assez

bien. Les tremblements ne s'exagèrent point si l'on invite la petite fille à effectuer quelque mouvement, les yeux fermés ; ils cessent complètement quand elle se repose ; mais aussi il suffit d'une excitation même psychique pour les provoquer.

Si l'on invite la petite fille à parler, on remarque que la parole est claire, lente, monotone, avec une élévation uniforme du ton, elle est extrêmement scandée, néanmoins très intelligible. La sensibilité tactile semble un peu exagérée, ainsi que la sensibilité douloureuse et thermique.

Sont normales, la sensibilité de localisation, de pression ainsi que le sens musculaire. On ne rencontre point de paresthésie. Parmi les réflexes cutanés, l'abdominal, le plantaire, et le pharyngien sont normaux. Entre les réflexes tendineux, sont plutôt vifs, le réflexe du biceps ; très exagérés les deux réflexes rotuliens qui provoquent aussi du tremblement dans le membre.

On ne réussit pas à provoquer nettement le clonus du pied, car sa flexion brusque de la position en équinisme-varus provoque un tremblement aussi dans la jambe.

Parmi les réflexes périostiques, sont vifs ceux du radius et du cubitus.

Les organes des sens semblent tous normaux excepté celui de la vue car la petite fille ne réussit pas toujours, par exemple à compter exactement les doigts qu'on lui met devant les yeux. L'examen du fond de l'œil, fait en clinique oculistique par le prof. FORTUNATI, est le suivant : œil droit — pâleur de la papille, vaisseaux artériels de calibre normal : œil gauche — rigidité de la pupille, atrophie blanche du nerf optique, vaisseaux artériels amincis.

Dans le thorax et l'abdomen les organes sont tous normaux.

Il n'y a pas d'atrophies bornées à des groupes musculaires spéciaux, mais on remarque en général une hypertrophie de toutes les masses musculaires. La petite fille ne perd ni les urines ni les selles ; l'appétit est bon, les fèces normales. Dans les urines il n'y a ni albumine, ni glycose, ni indican. Pendant le mois qu'elle a passé à la clinique la température a varié de 37 à 37° 5, le pouls de 75 à 80. Respiration de 16 à 18.

Il ne semble pas que la petite fille ait eu d'accès convulsifs.

L'examen électrique ne donne pas de résultat, parce que, à la moindre tentative, la petite malade est tout de suite saisie d'un tremblement général. Malgré que dans l'anamnèse on ne trouve pas de syphilis, nous avons essayé un traitement énergique par des frictions mercurielles, et les injections iodurées, injectant tous les jours dans les fesses 7 à 10 cc. de la solution suivante :

℞ Iode métallique.	0 gr. 25
Iodure de potassium.	1 gr. 50
Solution physiologique de Cl Na stérilisée. .	100 gr.

En outre, on a soumis la petite fille à des bains chauds répétés

tous les jours. Après l'avoir gardée un mois à la clinique, on n'a pas obtenu la plus petite amélioration.

On l'a revue, chez elle deux mois après, et on l'a trouvée à peu près dans le même état.

Voilà le cas que nous avons observé. J'ai déjà dit que, à part les quelques auteurs qui ne l'admettent point, la plupart sont d'accord pour considérer la sclérose en plaques dites disséminées comme une forme morbide très rare dans l'enfance. Et pour en citer quelques-uns parmi les plus dignes de foi, je rappellerai SACHS, SANNÉ et BARTHEZ, D'ESPINE et PICOT, MARIE, MONCORVO, COMBY.

Quelques autres, comme GERHARDT, STRUMPELL, HENOCH, citent seulement en passant quelques observations de sclérose en plaques dans l'enfance, et affirment simplement qu'elle se comporte comme dans l'adolescence. D'autres enfin, comme BAGINSKI, CHARCOT, etc., n'en parlent point.

SANNÉ et BARTHEZ (1884) rappellent la statistique de BOURNEVILLE et GUÉRARD, qui sur 18 cas de sclérose en plaques en trouvèrent seulement deux qui s'étaient développées entre 15 et 20 ans. Les mêmes auteurs rapportent l'observation qu'ils ont faite pendant leur longue expérience clinique de pratique infantile, de deux cas seulement, l'un chez un petit garçon de 4 ans, l'autre chez une petite fille de 3 ans.

Le docteur MENSI, qui, en 1892 publia avec détails un cas de sclérose en plaques chez un petit garçon de 8 ans, recueillit en tout 26 cas, dont 19 rapportés par UNGER, et 7 par NOLDA.

Dans la même année 1892, MARIE, dans des leçons sur les maladies de la moelle, corrigeait son opinion émise en 1883 sur la fréquence de la sclérose en plaques dans l'enfance, et retenait que quelques-uns des 13 cas recueillis et rapportés dans cette année étaient à reporter à la sclérose cérébrale lobaire ou à quelque autre forme d'encéphalite de l'enfance, et il formulait ainsi sa conclusion : « Il n'est pas impossible que la sclérose en plaques se manifeste chez les enfants, mais elle est très rare. »

D'ESPINE et PICOT, dans la dernière édition de 1900 de leur ouvrage que nous avons déjà mentionné, affirment que l'on connaît jusqu'à aujourd'hui une trentaine d'observations de sclérose en plaques, dont une seule, celle de SCHULE, est confirmée par l'autopsie. Maintenant il faut remarquer que tous les cas existants dans la littérature n'ont pas présenté la symptomatologie classique, celle établie par CHARCOT pour le diagnostic de la sclérose en plaques.

La plupart étaient à peine ébauchés, ou bien un ou plusieurs des symptômes considérés comme pathognomoniques, le tremblement intentionnel, le nystagmus, la parole scandée, etc., faisaient défaut. Et le diagnostic de sclérose en plaques fut, malgré cela, émis, étant donné, d'après les travaux de PITRES et de CHARCOT (1877), que la

maladie ne se présente pas toujours cliniquement avec son cortège complet des symptômes et qu'il n'y a pas un des éléments du syndrome clinique qui ne puisse manquer.

Ainsi fut ouvert le chapitre des scléroses en plaques anormales, des formes frustes des Français, ou atypiques d'Eichhorst.

Charcot sépare les formes frustes de la sclérose en plaques, en trois catégories :

1° Formes atypiques ou frustes par épuisement.

2° Formes atypiques abortives, ou frustes primitives.

3° Formes atypiques ou frustes par l'intervention de phénomènes insolites.

Les *formes typiques* infantiles de la sclérose en plaques bien connues sont en petit nombre, et je crois utile de les rappeler, en les empruntant en partie à l'intéressante communication de Mensi.

1°. Cas de Schoenfeld. — Garçon de 15 ans : pas de prédiposition héréditaire. A 7 ans rougeole ; à 8 ans diphtérie. Peu de temps après, tremblement dans les mains et trouble de la démarche : vertiges, faiblesse psychique, nystagmus, parole lente et scandée : tremblement intentionnel, spasmodique, exagération des réflexes rotuliens.

2°. Cas de Nolda. Garçon de 9 ans, rien dans les familles ; sain jusqu'à l'âge de 7 ans ; ensuite désordres en marchant, vertiges, parole scandée, tremblement intentionnel, démarche parétique-spastique, exagération des réflexes rotuliens, clonus du pied.

3°. Cas de Mensi. Garçon de 8 ans : prédisposition héréditaire : à 2 ans, convulsions ; à 4 ans, scarlatine ; à 5 ans, rougeole. Quelques mois après, changement d'humeur, affaiblissement intellectuel, dysarthrie, incertitude en marchant ; nystagmus, pupille blanchâtre dans la partie centrale, parole difficile, tremblement intentionnel, démarche, parético-spastique ; exagération des réflexes rotulien ; amélioration.

4°. Cas de Sanné et Barthez. Il est très intéressant, car il se termine par la guérison.

Petite fille de 6 ans bien portante jusqu'à 3 ans, âge auquel elle eut une attaque de convulsions déterminées par une forte impression psychique. Il s'ensuivit une faiblesse des membres inférieurs accompagnée, après un certain temps, de tremblements rythmiques, qui cessaient pendant le repos au lit.

Point d'atrophies ; parésie de la vessie et du rectum ; sensibilité intacte, pas de douleurs spontanées ; mais par la pression sur les vertèbres, on provoquait une sensation douloureuse.

La petite fille était taciturne, sa parole était embarrassée, et petit à petit elle ne parla plus. Elle présentait un certain degré de nystagmus.

Le diagnostic fut sanctionné par CHARCOT et DUCHENNE, qui firent le pronostic ordinaire. Malgré cela, après plusieurs mois elle commença à s'améliorer, et, après un séjour d'un an à l'hôpital, elle en sortit complètement guérie.

5o. Cas de MONCORVO (1) A. Petite fille de 3 ans. Mère nerveuse, probabilité de syphilis paternelle. Pendant le premier mois de sa vie, apparurent sur le corps et sur le tronc des taches couleur cuivre et un coryza permanent. Aucune maladie exanthématique. Depuis quelques mois, changement de caractère, irritabilité, sommeil agité ; faiblesse progressive des mains, démarche titubante, développement chétif, taches couleur de cuivre sur le ventre et sur les fesses, ganglions des régions sous-occipitales et inguinales engorgés : stigmates évidents de rachitisme ; malformations des dents incisives. Réflexes et sensibilité normaux, physionomie stupide, mutisme; faiblesse dans les jambes jusqu'à pouvoir se tenir à peine debout, les jambes écartées, et à faire à peine quelques pas avec des soutiens.

Ces désordres n'augmentaient pas, les yeux fermés. Traitement énergique, antisyphilitique. Un mois après, elle pouvait marcher presque sans aucun aide . En même temps, elle commença à tenir les objets dans ses mains sans les laisser tomber. Après environ 3 mois, les désordres de la motilité étaient presque entièrement disparus ainsi que les troubles psychiques. Après 2 ans et 8 mois de suspension du traitement, se présentèrent les mêmes désordres qui s'étaient montrés auparavant et en plus apparut un certain degré de nystagmus oscillatoire, et de tremblement intentionnel dans les membres supérieurs ; la parole devint embarrassée, monotone, scandée.

Il n'y avait pas d'exagération dans les réflexes. On reprit le traitement antisyphilitique, et, 15 jours après, les désordres psychiques étaient déjà complètement disparus. L'enfant pouvait même marcher toute seule avec plus de sûreté. Un mois après tous les désordres on pouvait les dire presque disparus, et il ne restait qu'un peu d'embarras dans la parole et un peu de tremblement intentionnel dans les membres supérieurs. Le traitement spécifique fut continué jusqu'aux premiers symptômes d'intolérance ; l'enfant pouvait alors marcher, sauter, courir sans la moindre incertitude.

6°. Cas de MONCORVO B. Enfant de 5 ans : hérédité névropathique ; le père problablement syphilitique. Une sœur plus âgée a présenté à l'âge de deux ans des symptômes évidents de syphilis héréditaire : elle présente une allure incertaine et souffre de terreurs nocturnes. Un mois après sa naissance, sa figure et ses bras

(1) De l'étiologie de la sclérose en plaques et notamment de l'influence pathogénique de l'hérédo-syphilis. *Revue mens. des maladies de l'enfance*. Paris, juin 1887.

se couvrirent d'une éruption pustuleuse qui disparut deux mois après; ensuite commencèrent les tremblements des membres supérieurs qui devinrent de plus en plus évidents.

A 3 ans il ne se soutenait pas, il bégayait quelques paroles. Les réflexes rotuliens étaient plutôt exagérés, particulièrement à droite. Tremblement épileptiforme plus remarquable à droite: intelligence à peine ébauchée, crises très fréquentes de colère; terreurs nocturnes. Parole monotone, difficile, scandée, strabisme convergent bilatéral, nystagmus oscillatoire et incoordination plus manifeste quand l'enfant fixe un objet.

Après un traitement énergique antisyphilitique l'amélioration commence à se manifester bien vite, et depuis dix mois, malgré plusieurs périodes de suspension pour différentes causes, l'amélioration était très notable. L'enfant était calme, avec des sommeils tranquilles, l'articulation de la parole claire, le nystagmus considérablement diminué et de même l'incoordination des mouvements, et le tremblement.

7°. Cas de Moncorvo C. Garçon de 11 ans. Père de 50 ans, probablement syphilitique, marié avec sa nièce. De six enfants une petite fille vécut 4 heures; un petit garçon mourut à 3 ans, et présenta, un an après sa naissance, une faiblesse progressive des membres inférieurs, un retard considérable des facultés intellectuelles, du tremblement des membres supérieurs, du strabisme, une grande difficulté de la parole.

Cet enfant eut dès sa naissance du coryza et de fréquentes conjonctivites. Il commença à marcher et à bégayer quelques mots à 3 ans. Vers la 4e année il eut une éruption pustuleuse au cuir chevelu, à la région lombaire, aux fesses et sur les cuisses, qui laissèrent des cicatrices nacrées entourées d'une auréole couleur jambon. En même temps parut une faiblesse progressive dans les extrémités inférieures, au point de rendre la marche impossible, avec les mouvements incoordonnés, des tremblements intentionnels disparaissant par le repos; mouvements athétosiques des doigts, démarche chancelante, particulièrement les yeux étant fermés. Physionomie stupide; strabisme double convergent, intermittent, nystagmus oscillatoire, rire sardonique presque constant. Bouche entr'ouverte, laissant couler la salive par les commissures.

Parole monotone, scandée; jamais de convulsions, réflexes un peu exagérés. Sensibilité et organes des sens normaux. Prognatisme du maxilliaire supérieur, microdontisme des incisives correspondantes, stigmates de rachitisme.

8°. Cas de Moncorvo D. Petit garçon de 6 ans, frère du précédent. Dès les premiers mois de sa vie, il présenta de la rhinite, de la conjonctivite, et une efflorescence cutanée avec des papules, des vésicules, des pustules et même de nombreuses petites gommes. Le

prognatisme du maxillaire supérieur, le macrodontisme sont évidents. Il commença à marcher, à dire quelques mots à trois ans et demi. Etat de presque imbécillité, nystagmus bilatéral de date récente. Depuis un an allure incertaine et chancelante, à cause d'une grande faiblesse dans les extrémités inférieures. Tremblement intentionnelle dans les membres supérieurs, qui cesse pendant le repos : mouvements fréquents d'oscillation latérale de la tête.

9°. Cas de Raymond. Enfant de 6 ans. A 4 ans scarlatine avec épistaxis abondantes, ensuite faiblesse aux membres inférieurs et tremblement intentionnel aux supérieurs. Allure spastique et incertaine ; il tremble sur les jambes. Réflexes rotuliens exagérés ; parole empêchée, spasmodique, bégayée. Strabisme, secousses nystagmiformes dans les mouvements extrêmes de latéralité. Fond de l'œil normal, intelligence nette, sensibilité intacte. Enorme intervalle entre les incisives du milieu ; perte involontaire des urines et des selles pendant la nuit.

10°. Cas de Eichkorst. Cas héréditaire : mère et fils. La mère saine et sans antécédents névropathiques héréditaires eut trois enfants. Le commencement des désordres remonte à son premier accouchement ; ensuite sa maladie alla toujours en augmentant, surtout après chaque grossesse, et, à la fin de la troisième et dernière grossesse, la sclérose en plaques s'était révélée avec tous ses caractères typiques. La malade mourut après quelques années, et l'autopsie sanctionna pleinement le diagnostic clinique.

Des trois enfants, le premier mourut deux jours après sa naissance ; du second on ne peut avoir que bien peu de renseignements, et voici brièvement l'histoire du troisième : dès les premiers temps de sa vie cet enfant avait du tremblement pendant les mouvements volontaires, tremblement très léger de manière qu'il put fréquenter l'école ; mais, arrivé à l'âge de 8 ans, ses facultés intellectuelles s'affaiblirent rapidement, le tremblement intentionnel augmenta, la parole devint difficile, il se produisit du nystagmus, de la ptose bilatérale, de la paralysie des muscles externes de l'œil, de l'atrophie des nerfs optiques, de l'inégalité des papilles qui ne réagissaient pas du tout à la lumière, et fort peu à l'accommodation. L'enfant mourut : à l'autopsie on trouve les mêmes lésions anatomiques que l'on avait déjà découvertes dans la mère.

11°. Ce cas et les deux suivants sont de Stieglitz (1). Cas A. Fillette de 9 ans, sans antécédents héréditaires nerveux ni syphilitiques. A l'âge de 3 mois on vit paraître un tremblement dans les mains à la suite d'un érysipèle. Elle a toujours parlé lentement, mais cette *bradilalie* s'est augmentée évidemment après

(1) Stieglitz, Société de neurologie de New-York. 1er décembre 1890.

une scarlatine grave qu'elle a eue à l'âge de 7 ans. A présent elle est facile aux émotions et d'une intelligence très limitée. On observe du tremblement intentionnel dans les mains et dans la langue : la parole est nettement scandée. Les réflexes rotuliens sont exagérés, et quelquefois on réussit à provoquer le clonus du pied droit. Il n'y a pas de nystagmus.

12°. Cas de STIEGLITZ B. Fillette de 11 ans. Strabisme et nystagmus très prononcés, atrophie des nerfs optiques, particulièrement à droite; tremblement intentionnel dans les extrémités supérieures, démarche chancelante et ataxique, signe de Romberg ; exagération du réflexe rotulien à droite, clonus du pied. Aucune difficulté dans la parole, incontinence des urines. La recherche étiologique est négative ; auparavant la petite fille avait eu une ptosis passagère à gauche.

13°. Cas de STIEGLITZ C. Jeune fille de 15 ans avec tremblement des mains pendant les mouvements volontaires ; parole syllabée, monotone, démarche incertaine : rien dans les yeux ; autrefois de légers accès de vertiges. Réflexes rotuliens exagérés. La maladie commenca à l'âge de 7 ans, à la suite d'une influenza très grave.

14°. Cas de MOUSSOUS (1). Fillette de 9 ans et demi : réflexes rotuliens exagérés, trépidation épileptique ; tremblement intentionnel très prononcé ; diminution du champ visuel, parole lente, monotone, spastique. La maladie commenca à 8 ans, sans cause étiologique connue.

15°. Cas de M. SCHABAD. Petit garçon de 9 ans, né à terme ; pas de syphilis ni d'hérédité nerveuse. Après 7 ans et demi, faiblesse et tremblement dans les mains, qui augmentèrent progressivement, de sorte que le petit enfant ne put plus se nourrir tout seul. La paralysie petit à petit s'étendit aussi aux extrémités inférieures ; la démarche devint impossible. On constate le nystagmus, la parésie de la branche inférieure du facial droit, scialorrée très prononcée. La langue est déviée à droite et animée de tremblement et de mouvements involontaires, parole difficile, tremblement de la tête pendant l'articulation des mots. Atrophie du bras droit, incoordination des membres supérieurs.

16°. Cas de LA BOURY (2). Petit enfant de 3 ans. Paralysie faciale gauche, parésie et incoordination des mouvements des membres inférieurs ; réflexes rotuliens exagérés : tremblement intentionnel dans les membres supérieurs, névrite optique double. Léger nystagmus, parole nettement scandée, intelligence rudimentaire. L'enfant est fort irascible et très impressionnable. Les premiers symptômes de la maladie se présentèrent à deux ans, après la

(1) MOUSSOUS, *Journal de Bordeaux*, 1898.

(2) LA BOURY, Sclérose en plaques chez un enfant de 3 ans à la suite de la varicelle. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*. An. 1898.)

rougeole, mais s'accentuèrent particulièrement après la varicelle que l'enfant avait eue auparavant.

17°. Cas de Massalongo et Silvestri (1). Fillette de 6 ans. Parents sains, point d'hérédité nerveuse, mais après sa naissance (dixième accouchement), la mère eut des troubles lipémaniaques pendant quelques mois, et fut obligée de confier l'enfant à une nourrice. A l'âge de 5 ans et 4 mois l'enfant eut une attaque d'influenza qui dura 12 jours. Pendant la convalescence elle présenta des désordres dans l'allure et un tremblement qui s'accentuait dans les mouvements volontaires et cessait pendant le repos. La parole est lente et scandée. Tous les mouvements de ses membres sont accompagnés de tremblements intenses plus distincts dans les bras, et plus à droite qu'à gauche. Les tremblements ne sont point modifiés les yeux fermés. La sensibilité est intacte, les contractions des membres inférieurs empêchent la démarche et la station debout. Les réflexes tendineux sont exagérés, surtout à droite. L'intelligence est restreinte ; il n'y a pas de nystagmus.

18°. Notre cas. — Petite fille de 7 ans ; aucune hérédité névropatique ni syphilitique. Cause étiologique : rougeole et typhoïde probables.

Premiers symptômes à l'âge de 4 ans. Tremblement intentionnel, nystagmus, parole scandée. Exagération des réflexes rotuliens, intelligence très restreinte, névrite optique plus prononcée à gauche qu'à droite; aucune amélioration par le traitement hydrargirique et sodique.

Dans presque tous ces 18 cas que nous venons de rapporter, le syndrome clinique de la maladie se présente si complet que le diagnostic, comme dit Charcot, est écrit en gros caractères. Il y a seulement quelques cas où nous avons vu faire défaut quelqu'un des symptômes, par exemple, le nystagmus ; mais il y avait tout l'ensemble qui portait au diagnostic de sclérose en plaques, pour ne pas permettre d'élever de doutes.

Il y a pourtant des cas dignes d'une plus grande considération pour être moins classiques ou atypiques, parce que ce sont eux qui soulèvent les plus grands doutes diagnostiques, et qui, bien souvent, restent confondus avec d'autres formes morbides. J'ai cru opportun de recueillir ici plusieurs de ces formes atypiques dont bien peu, peut-être, avaient été considérés comme les cas de sclérose en plaques.

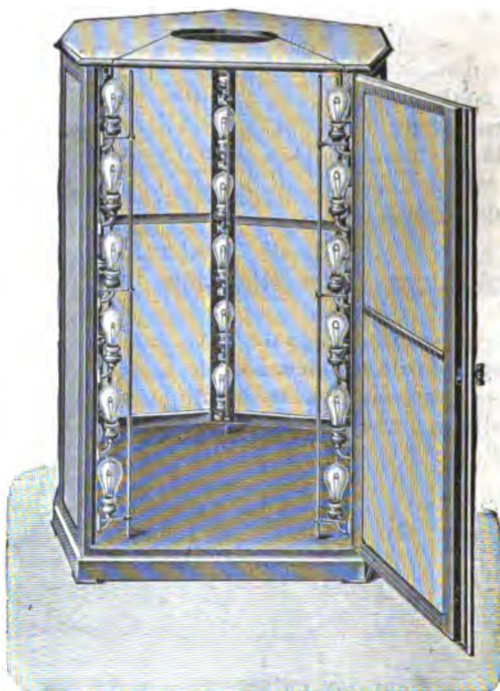
(*A suivre.*)

(1) Massalongo et Silvestri (Sclérose en plaques infantile d'origine grippale. — *Arch. italien de pédiatrie.* Mars 1894).

DE LA RADIOTHÉRAPIE INFANTILE (1),
par le Dr FOVEAU DE COURMELLES

(*Suite.*)

La grande presse a fait, en ces derniers temps, beaucoup de bruit autour des bains de lumière dite *vitalisée*, comme s'il s'agissait de merveilles très localisées et inaccessibles. Il s'agit simplement des lampes à incandescence multiples et nombreuses, placées en un petit espace, autour du patient, déshabillé, comme s'il prenait un bain de vapeur et qui, au lieu d'être entouré de vapeur,

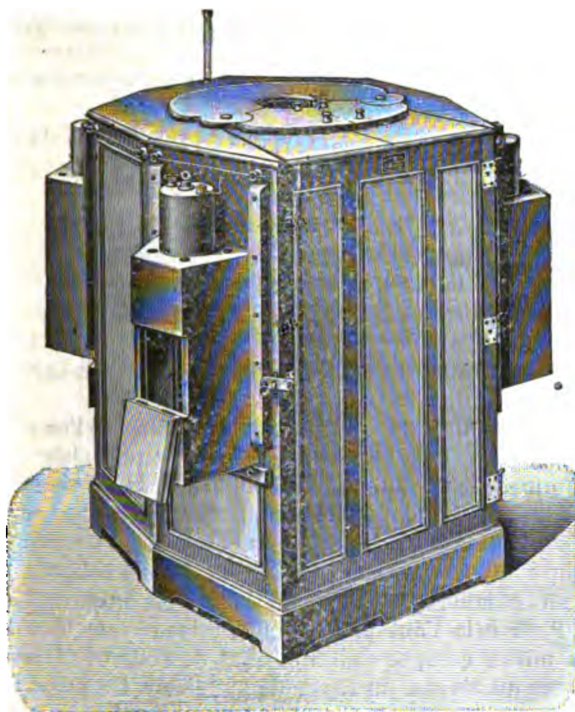


l'est de lumière. Un grand nombre de médecins ont depuis longtemps vanté avec raison l'action bienfaisante, tonique, de ces bains de lumière (Imbert de la Touche, Gautier, Foveau de Courmelles). L'appareil d'ailleurs plutôt simple, et qui rejette l'arc électrique, trop chimique, est formé d'une caisse à ventilation graduable, et portant sur ses parois, de place en place, des lampes à incandescence. Des glaces étendues ou des réflecteurs placés derrière les lampes peuvent augmenter l'intensité lumineuse, tout en la répartissant mieux encore sur toute la surface du patient. J'ai imaginé un système démontable, formant une caisse se montant

(1) Suite. — Voir le n° précédent, page 135.

extemporanément et auquel on accroche les lampes montées par séries sur des planchettes avec réflecteurs. Nous donnons ici le type classique tout monté, du constructeur Richard C. HELLER.

L'éclairage des lampes doit être maximum ; si l'on dispose d'une source d'énergie à 110 volts, on pourra utiliser, par exemple, des lampes à 100 et 105 volts, qui se brûleront assez rapidement, mais en fournissant une lumière intense. La tête doit être bien en dehors de la caisse et ne recevant pas de lumière, de



crainte d'ophtalmie ; nous avons vu cette précaution être oubliée dans un service électrothérapique des hôpitaux de Paris. La chaleur est un effet qui s'ajoute à l'action lumineuse, mais qui n'en atteint pas les proportions, et est plutôt agréable.

Pour les applications locales, la lampe à incandescence unique est enfermée dans un réflecteur cylindro-conique et émet ses rayons par une ouverture plus ou moins grande selon la région sur laquelle il faut agir. On peut mieux encore prendre le miroir parabolique avec lampe focale décrit plus haut.

L'action de la lumière, ici de nature complexe, mais où la modalité chimique paraît peu active, aide au bon fonctionnement respiratoire et perspiratoire de la peau ; l'hématie sanguine se

charge plus facilement d'oxygène et l'oxyhémoglobine se réduit plus rapidement ; la composition du sérum se modifie et la résistance générale aux intoxications et aux épidémies qui en dépend est favorisée ; aussi les mineurs, les animaux vivant en l'obscurité sont-ils plus facilement réceptibles ; la désassimilation, la dénutrition sont retardées, pour un besoin moindre d'alimentation, ce qui explique le peu de nourriture suffisant aux nègres par exemple. Aussi, comme le bain électrostatique ou de haute fréquence, le bain de lumière est-il indiqué en thérapeutique, contre les maladies par ralentissement de la nutrition ou par défectuosité circulatoire : rhumatisme, obésité, myélites, scléroses, dermatoses, dyspepsies, troubles locaux. La tension artérielle se relève, la nutrition s'améliore.

Au contraire des rayons X et de ces données le pouls se ralentira, d'après l'Allemand Minter. Cependant on sait que certains hystériques ou névropathiques excités se trouvent mieux de l'obscurité.

A la Société de médecine berlinoise (2 et 9 mars 1898), M. Below a préconisé ces bains de lumière : sur 122 sujets atteints de diverses affections cutanées, de rhumatisme musculaire, de syphilis et de lupus, 67 ont été guéris, 36 amendés, et 19 stationnaires, ces derniers étant surtout des nævi, des cancers et de l'alopécie.

Ce sont, en somme, des bains de soleil, mais que l'on a par tous les temps, et plus énergiques puisque plus rapprochés. On pourrait évidemment les remplacer en s'habillant de vêtements légers, amples, à mailles très larges, et se promenant ou stationnant au soleil, la tête et la nuque protégées (1). Certains sauvages font l'inverse en s'enterrant dans le sable, la tête au soleil.

La lumière comme agent thérapeutique a été aussi employée par Kime (2). Pour cela l'auteur fait tomber les rayons lumineux sur un grand miroir composé circulaire et de couleur bleue. Le malade est mis au niveau du foyer de ce miroir. En prenant un miroir bleu on utilise les rayons chimiques en éliminant en partie les rayons caloriques. Non seulement dans le lupus, mais dans la tuberculose pulmonaire ce traitement par la lumière donne de bons résultats. Sous son influence, les malades augmentent de poids, leur état général s'améliore. On soumettait au traitement les malades deux fois par jour, et chaque séance était de 30 minutes.

* * *

Les rayons de Rœntgen ont été tout d'abord accusés des bienfaits et des méfaits les plus divers. On a eu à la fois un chapitre de

(1) Dr Foveau de Courmelles : *Traitement des neurasthéniques*, in : *l'Esprit scientifique contemporain*, Paris, 1899 ; et *Comment on se défend de la neurasthénie*, Paris, 1900.

(2) *Méd. Record*, 13 octobre 1900.

radiothérapie et de radiopathologie. EDISON rendit la vue à tous les aveugles en Amérique, alors qu'en France, sur 240 examinés aux Jeunes Aveugles, 9 seulement perçurent cette lumière spéciale à la façon d'une plaque sensible (FOVEAU DE COURMELLES, *Institut*, 21 mars 1898). *L'acheminement* par transitions entre les longueurs d'ondes de la lumière cathodique et *rœntgénique*, de la lumière solaire, de l'arc voltaïque, se fait grâce aux travaux de M. BECQUEREL, M. et Mme CURIE, M. SAGNAC, et les analogies physiques s'établissant, on ne peut s'étonner de trouver les identités d'actions chimiques ; comme eux, ils voilent la plaque photographique et provoquent des eczémas calorifiques (CHARCOT, 1859) (1) ou mieux chimiques (VIDMANN, GINTRAC, VEDDING, UNNA, HAUNXER). Les animaux domestiques subissent, de la part du soleil, d'identiques érythèmes, et j'ai pu constater sur plusieurs chats qui s'insolaient toujours de même façon, des brûlures locales avec épilation. La lumière augmente certaines affections cutanées (pellagre, xérodermie pigmentaire), tout en produisant parfois de la pigmentation protectrice des zones sous-jacentes. L'arc voltaïque de certaines usines a produit des phénomènes semblables ; les rayons X aussi, accidentellement. Il n'y a donc pas de différence d'action, mais seulement des énergies chimiques produites diversement.

Les rayons X reproduisent donc les cures et les accidents de la lumière solaire ou voltaïque concentrée : érythèmes, dermatites, brûlures... mais cela pour les longues durées qui sont, en tant qu'examens radiographiques, aujourd'hui supprimées (2) : dix mi-

(1) Un dispositif très simple pour l'application de la méthode photothérapique Finsen, à l'Académie des Sciences, le 24 janvier dernier a été signalé par MM. LORTET et GENOUD. Il consiste à placer, sur le trajet des rayons émanant d'un arc électrique à courant continu, un ballon plein d'eau qui a pour but, à la fois, de rendre les radiations lumineuses convergentes et de retenir la plupart des radiations calorifiques; un compresseur placé sur la région que l'on veut soumettre à la photothérapie, et dans lequel circule constamment un courant d'eau froide, arrête les quelques radiations calorifiques ayant traversé le ballon.

Des recherches photométriques nombreuses, et surtout l'étude expérimentale sur les malades, ont montré que ce dispositif permet d'obtenir une intensité photochimique égale à celle que donnent les condensateurs de Finsen.

(2) Les troubles trophiques consécutifs à l'application des rayons de Rœntgen peuvent être éloignés, témoin ce fait communiqué à la Société de Dermatologie, le 7 février 1901, par M. BARTHÉLEMY, qui montre une femme de trente-deux ans, dont le sein gauche est le siège d'une lésion offrant tous les caractères de la sclérodermie : au centre, on voit une ulcération superficielle, mais irrégulière, avec eschare très adhérente ; puis vient une zone très rouge, où la vascularisation est inégalement distribuée ; il y a ici des points purpuriques, là des taches rouges lie de vin, ailleurs de simples veinosités tortueuses et saillantes ; autour enfin est un anneau blanc, cireux, exsangue, anémique, qui s'étend plus ou moins loin en s'entrecroisant avec des languettes de peau hyperpigmentée. Cette plaque est lardacée, de consistance élastique ; la peau est épaissie, lisse et donne l'impression d'une cicatrice bien qu'il n'y ait pas eu la moindre ulcération à ce niveau. La ressemblance avec la sclérodermie est si complète qu'on peut hésiter.

La sensibilité est normale ; mais il y a des douleurs, des sensations de brû-

nutes étant une durée énorme, rarement employées chez un obèse et pour l'abdomen. Mais les accidents involontaires du début non immédiats — c'est toujours quelques heures après les applications (ici 24 ou 48 heures ensuite) qu'ils se sont produits, — peuvent être provoqués volontairement dans un but thérapeutique ; c'est alors une cure de lumière particulière. Les Drs E. SCHIFF et FREUND, de Vienne, ont ainsi produit l'épilation, en une ou deux séances, alors que l'électrolyse est longue ; mais ils ont trop généralisé leurs succès, et l'on a signalé depuis maints cas d'hypertrichose à laquelle le traitement par les rayons X a substitué des lésions avec cicatrices, moins esthétiques encore que les poils préexistants.

Voici d'ailleurs les conclusions présentées au *Congrès d'électrologie et de Radiologie médicale*, de 1900, avec rapport et observations à l'appui, observations d'enfants, d'adultes, sur l'état actuel de la radiothérapie, par MM. E. SCHIFF et L. FREUND, de Vienne (1).

Les indications principales pour l'emploi de la radiothérapie sont les affections de la peau et parmi celles-ci notamment :

a) Les dermatoses provoquées par des parasites, ainsi que SCHIFF l'a démontré le premier sur le *lupus vulgaris*, l'action des rayons exerce un effet particulièrement favorable.

lure avec élancements, non pas dans les points les plus atteints, mais en dehors de la plaque elle-même, là où la peau semble saine.

Cette lésion, due à des troubles trophiques, est survenue à la suite de séances de radiographie faites en ville, durant vingt minutes chaque fois et répétées deux fois par semaine pendant quatre mois. La malade est anémique et nerveuse ; elle était sujette à des douleurs névralgiques dans la glande mammaire dont les rayons Rœntgen la délivrèrent. A la fin du traitement, elle ressentit quelques démangeaisons ; la peau du sein se pigmenta, puis desquama légèrement. Pendant cinq mois et demi, il n'y eut pas d'autre trouble, quand rapidement, en huit jours, apparut et se constitua la lésion telle qu'on la voit aujourd'hui. Elle ne subira vraisemblablement pas de modifications de longtemps, car la guérison exigera plusieurs mois, trois au moins.

Je n'ai pas eu de renseignement sur le mode d'application ni sur l'intensité des rayons ; mais ce fait, dont le médecin n'est pas plus responsable que d'un accident de chloroformisation, indique qu'il faut être, dans les applications dermatologiques des rayons X, beaucoup plus réservé que ne le conseillent certains praticiens, surtout à l'étranger.

Le traitement de cette lésion consiste dans des applications de liniment oléo-calcaire additionné d'aristol, de cocaïne et de menthol.

Il en a été de même pour une thèse de Lyon et certaine communication à l'Institut, faites prématurément et proclamant la bénignité des rayons X en thérapeutique, lorsque les accidents sur le malade et l'auteur, très graves, se déclarèrent plus tard. Actuellement, devant la Cour de Paris, est pendant un procès où neuf séances de radiothérapie anti-névralgique faite par le médecin furent inoffensives et la dixième par son aide, donna de la dermite et de l'alopécie ; ainsi que l'a dit M. BROUARDEL à une des audiences consacrées à cette affaire, on ne peut incriminer l'opérateur, car pas plus que pour une armée en manœuvre où il est impossible de savoir d'avance qui sera frappé d'insolation, rien n'indique d'avance au radiothérapeute les cas où il ne fait courir aucun danger, et d'autre part il y a là des ressources curatives à utiliser.

(1) Dr FOVEAU DE COURMELLES, *l'Année électrique électrothérapique et radiographique*, 1 vol. in.12, p. 350. Baudry, éd. Paris, 1901.

b) Affections de la peau, dans lesquelles l'élimination des poils constitue un élément essentiel pour la guérison (FREUND).

Comme indications spéciales, SCHIFF et FREUND signalent les affections du cuir chevelu, favus, trichophyties, ringworn, teignes, pelades, etc., dont quelques-unes sont endémiques dans certains pays, affections qui jusqu'ici se sont montrées très souvent rebelles à tout moyen thérapeutique et où la radiothérapie, par son action rapide et radicale, s'est incontestablement affirmée.

II. En conséquence, les indications dont il s'agit s'appliquent spécialement aux affections suivantes :

a) Lupus vulgaris, mycoses du derme, etc.

b) Hypertrichosis, sycosis, favus, herpes tonsurans, teignes, pelades, folliculitis, furunculosis, acné, etc.

c) Lupus erythematodes.

III. Les expériences recueillies sur un nombre considérable de malades nous permettent de dire qu'une guérison radicale des affections susdistes est désormais assurée. La thérapie de la sycose et du favus n'exige que peu de temps (quelques semaines) ; celle de l'hypertrichosis réclame, au minimum, 18 mois d'application d'une méthode systématique, d'un traitement principal et subséquent.

La durée du traitement du lupus dépend de l'extension du mal.

IV. Par le dosage tout d'abord déterminé et indiqué par nous, on peut, dans les affections dont il s'agit, obtenir avec une certitude presque absolue le résultat désiré.

V. Les études faites jusqu'ici nous permettent de dire qu'un grand nombre des modifications que subit la peau sous l'influence des rayons, ont pour cause l'influence que ces rayons exercent sur le système vasculaire de la peau, ainsi que KAPOSI l'avait déjà supposé à la suite de symptômes chimiques.

VI. D'après les recherches les plus récentes, entreprises par FREUND dans l'Institut d'anatomie pathologique du professeur WEICHSELBAUM, et dans l'Institut de radiographie et de radiothérapie du docteur SCHIFF à Vienne, il est aujourd'hui certain que, en traitant les affections de la peau au moyen des rayons, les décharges inaudibles des courants de tension accumulées sur l'ampoule jouent un rôle considérable. FREUND a étudié l'effet physiologique des étincelles directes, des décharges silencieuses et d'autres rayonnements invisibles, et à la suite d'un grand nombre d'essais publiés dans les rapports de l'Académie impériale des Sciences, il est arrivé aux conclusions suivantes :

1. Les étincelles directes, quelle que soit leur origine, telles que décharges directes venant d'un inducteur ou produites comme effluves de haute fréquence, peuvent provoquer la chute du poil des animaux.

2. Les étincelles directes peuvent détruire des cultures récentes ainsi que des cultures déjà développées ou arrêter leur progrès.

Les expériences ont été faites sur le staphylococcus pyogenes aureus, le bacille du typhus, de la diphtérie, de l'anthrax, du champignon du Soor, de la tuberculose et de l'achorion Schoenleinii.

3. Cette action des étincelles directes est augmentée encore par l'emploi d'une dérivation à la terre prise sur l'objet exposé, par le rapprochement de l'électrode, par des interruptions plus rapides de l'induit, produit par le courant primaire et par l'augmentation de l'intensité de ce dernier courant.

4. Cet effet se manifeste aussi à travers de minces couches de bois, de papier, d'aluminium, d'étain et de peau.

5. Elle s'étend aussi aux microorganismes suspendus dans des liquides.

6. L'effet physiologique des décharges négatives est plus intense que celui des décharges positives, mais il ne s'exerce que sur une région plus petite.

7. Comme les étincelles directes ne peuvent être employées dans la pratique, Freund a construit un appareil qui semble être très approprié pour les disperser sous forme de décharges invisibles, et il a trouvé que ces décharges invisibles sont un phénomène par lequel ces décharges perdent, il est vrai, quelque peu de leur effet physiologique ; mais par contre on évite ainsi bien des inconvénients de l'action des étincelles directes (douleur). Leur terrain d'action est plus grand que celui des étincelles directes, mais leur mode d'action reste le même.

8. D'après ces essais, les rayons X n'ont point d'importance physiologique.

9. Les rayons de Becquerel et les rayons phosphorescents n'exercent non plus aucune action physiologique.

10. Les modifications pathologiques provoquées dans la peau par les décharges directes consistent en hémorrhagies dans le tissu du derme, en inflammation, et en altérations caractérisées par des vacuoles dans le système vasculaire.

Interrogé par moi, à la suite de ce rapport résumé ici d'après l'auteur audit *Congrès d'Electrologie*, sur la régénération de ces poils et le côté un peu contradictoire de certains cas infantiles où la guérison aurait amené la repousse des cheveux, M. Schiff n'a pu, c'est d'ailleurs le seul point à retenir, que confirmer ses résultats pratiques. Quand les lésions cutanées sont insignifiantes, les poils se reproduisent encore, mais lentement (1) ; je l'avais constaté chez l'homme-momie qui supporta d'abord impunément à Marseille, chez le Dr Mex Gilles, deux radiographies en septembre 1896 et qui en mars 1897, à la suite de deux poses de 20 à 25 minutes, perdit les cheveux du côté opposé de la tête. Le Dr F.-V. Dwelshauvers Déry, de Liège, m'a raconté deux faits identiques

(1) Dr Foveau de Courmelles, *Traité de radiographie médicale scientifique*. Premier enseignement des rayons X à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. in-8° il. 500 p. Paris, 1897.

de son observation personnelle. On peut même obtenir des résultats opposés, comme la guérison de la calvitie (1).

Le lupus, qui est de tous les âges, a été traité par les rayons X à la clinique du professeur Hoffa, de Wurzbourg, par son assistant le Dr Goch. M. J. Kummel a signalé, au dernier congrès de la Société allemande de chirurgie, des succès identiques. J'ai essayé sur un malade de l'hôpital Saint-Louis cette médication qui ne m'a pas donné de résultat, alors que les courants de haute fréquence ont produit de l'amélioration ; en revanche, j'ai guéri en 145 séances de rayons X un adulte dont la moitié médiane du visage était lupique (2).

Après les tentatives sur la tuberculose cutanée, on a essayé les rayons de Rœntgen contre les autres tuberculoses, osseuse, pulmonaire. On a signalé d'heureux résultats, mais très discutables, quant à leur explication : repos, traitements surajoutés, ozone, atmosphère électrique... Soixante-quinze séances de dix minutes auraient guéri une arthrite tuberculeuse du poignet chez une jeune malade de 14 ans (Kirmisson). Des phtisiques auraient retrouvé de l'appétit et des forces. Les expériences bacillaires faites sont également discutables : cela tient peut-être aux durées, surtout aux intensités employées et encore si peu comparables. L'action thérapeutique des rayons X est donc encore à élucider (3) ; elle est

(1) Cette guérison par les rayons de Rœntgen d'une calvitie consécutive à la pelade, a été démontrée à la Société império-royale des Médecins de Vienne le 16 novembre 1900, par M. R. Kienbock, et nous la donnons ici en note bien qu'il s'agisse d'un homme, parce que vraisemblablement les enfants se comporteraient de même et qu'il y a là un enseignement précieux : Le sujet, âgé de vingt-six ans, atteint depuis plusieurs années d'une alopécie en aire ayant abouti à une calvitie presque absolue. Chez ce malade, la radiothérapie a eu pour effet d'amener la repousse des cheveux sur la partie antérieure du vertex, qui fut soumise à l'action des rayons de Rœntgen : après six séances ayant duré chacune quinze minutes, on vit tomber le fin duvet jaune qui recouvrait les parties glabres, puis apparaître des cheveux de couleur foncée et d'épaisseur normale solidement implantés.

Sur la réflexion de M. Neumann qui fait observer que la pelade peut guérir spontanément chez les jeunes sujets ; que, par conséquent, pour se rendre compte des effets curatifs des rayons de Rœntgen dans cette affection, il faut expérimenter sur des individus âgés de trente à trente-cinq ans, M. Nobl répond que l'observation de M. Kienbock est absolument concluante. En effet, dans ce cas les cheveux ont repoussé seulement sur la région soumise à l'action des rayons de Rœntgen, les autres parties du cuir chevelu étant restées chauves comme auparavant. Or, on sait que dans les faits de guérison spontanée de la calvitie consécutive à la pelade, la repousse des cheveux a lieu sur toutes les régions glabres à la fois. Il en résulte que les rayons X préconisés pour remplacer l'épilation électrolytique n'empêchent nullement les récidives et sont, pour cet usage particulier, inutiles voire dangereux par les troubles trophiques consécutifs.

(2) Dr Foveau de Courmelles. *De la lumière électrique en thérapeutique*, in *Congrès d'Electrologie* ; et *de l'électricité dans les affections cutanées*, section de Dermatologie, *XIIIe Congrès International de médecine*, 1900.

(3) Citons en passant des cas d'adulte. Un cancroïde du repli inguinal chez un vieillard de 89 ans (Dr Voigt, de Hambourg), d'un cancer de l'estomac,

lumineuse et chimique évidemment, probablement plus puissante puisqu'elle traverse plus facilement les tissus que les autres lumières, mais on n'a pu, jusqu'ici, la doser, la régulariser, la démontrer. Relativement facile à manier, déjà utilisée pour le diagnostic, maints observateurs essaient d'en étendre le champ des applications, notamment pour la création des maladies, et il est vraisemblable que ce but sera bientôt atteint. Terminons par un fait de radiothérapie inverse dont nous ne garantissons pas l'authenticité, il s'en faut.

Il s'agit d'un enfant dont les yeux émettent des rayons X.

Afleu Leonel Brett, de South-Baintrec (Massachusetts), est le garçon le plus extraordinaire qui existe, dit-on. Il a 11 ans et est doué d'une intelligence au-dessus de la moyenne. Il voit avec ses yeux comme avec des rayons X. Plusieurs médecins ont déjà expérimenté cette faculté et signé des procès-verbaux le constatant. L'enfant a pu diagnostiquer un grand nombre de fractures et rectifier des diagnostics faits par les médecins. On soupçonnait un petit enfant d'avoir avalé une pièce de monnaie ; il affirma que tel n'était pas le cas ; l'autopsie prouva que le petit malade avait succombé pour une cause toute différente. Pour exercer cette voyance spéciale, le jeune Brett concentre sa vision de telle sorte qu'il n'aperçoit plus la lumière du jour ; l'air lui paraît alors rempli d'étincelles d'un vert pâle qui éclairent les objets soumis à son examen. Cette lumière vert pâle serait celle de l'ampoule de Crookes, génératrice des rayons X. La lumière du jour devient alors de l'obscurité ou est d'un noir rougeâtre. Il conserve la parfaite connaissance de ce qui l'entoure, comme on a pu s'en assurer. Mais toute expérience qui dépasse une demi-heure ou qui se renouvelle plus d'une fois par semaine lui devient pénible. Dans son enfance, le jeune Brett n'avait pas d'allures particulières ; la seule chose que ses parents aient observée, c'est qu'il regardait de très près les petits objets. A l'âge de 9 ans, jouant un jour avec les mains de son père, il s'écria, au grand étonnement de ses parents : « Oh ! je vois l'intérieur des mains ! » D'autres faits analogues s'étant présentés, les parents consultèrent un médecin qui examina l'enfant, conféra de la chose avec un spécialiste, et le résultat fut que l'enfant pouvait de son regard pénétrer les objets à l'instar des rayons X. — Il semble bien qu'il ne s'agit là, en somme, que d'un cas de voyance somnambulique. (*Uebersinnl*, et *La Lumière*) (1).

(Dr Despeignes, de Lyon), d'un sarcome déjà opéré et général (Guénisset et Ségcy, Cannes) ont été signalés comme améliorés. Le Dr Sokolov, de Saint-Pétersbourg, a guéri quatre rhumatisants. Les Drs Paulin Méry, Campenon ont activé, chez des débiles, la consolidation de fractures lente à se produire.

(1) M. E. Dornt avec un tube de Crookes enveloppé d'un écran de plomb, opérant sur une personne aveugle aux couleurs, lui a fait voir une petite tache lumineuse : c'est ce que M. Foveau de Courmelles avait trouvé en examinant 240 jeunes aveugles (*Institut*, 21 mars 1898) sur neuf d'entre eux.

HYGIÈNE PUBLIQUE

LES CRÈCHES ET L'ASSISTANCE PAR LE TRAVAIL DANS LE GOUVERNEMENT DE KAZAN

Par le docteur CHENGUELIDZÉ

« La vraie, la juste assistance des pauvres est le moyen de procurer le travail à tous ceux qui en manquent, afin qu'ils ne vivent pas à la manière des frelons par le travail des autres. »

LOCKE.

En 1895 fut fondée en Russie la Société protectrice des *Maisons de travail* et des *Maisons pénitentiaires de travail*. La Société suivant « l'oukaze » impérial du 1er septembre 1895 s'occupe du sort de ceux qui manquent de pain et ne trouvent ni travail, ni refuge.

La famine a considérablement augmenté le nombre de ces malheureux; pour remédier à ce mal, sur l'initiative de l'impératrice ALEXANDRA THEODOROVNA, présidente de ladite Société, fut organisée en 1895 l'assistance par le travail.

Sans vouloir entrer en détail dans l'historique de la question, nous croyons utile d'exposer ici les principes qui servent de base à l'organisation de l'assistance par le travail dans les gouvernements frappés de famine.

L'assistance par le travail est née sous forme d'une œuvre de bienfaisance, et, comme telle, avait pour but de porter des secours matériels à tous ceux qui mouraient de faim ; mais l'idée directrice de cette œuvre était toujours de procurer à tous ces malheureux les moyens de gagner leur vie.

Inutile d'insister sur les avantages de cette variété d'assistance, nous voulons seulement la faire distinguer de l'assistance commune, qui consiste à distribuer du pain et de l'argent.

L'organisation de l'assistance *par le travail* diminue le nombre des affamés et préserve en même temps la population contre les efforts de la famine ; d'autre part, les résultats du travail sont, dans une certaine mesure, une garantie contre la misère, en améliorant le bien-être matériel du pays.

La variété de cette forme d'assistance présente aussi une particularité au point de vue moral : dans l'organisation de l'assistance commune, les conditions diffèrent essentiellement de celles de l'assistance par le travail ; il est toujours plus aisé de donner que de recevoir, d'offrir que de demander du secours. Quel doit donc être l'état moral de l'ouvrier sans travail et particulièrement du paysan-laboureur ?

Il a labouré, il a semé sa terre et attend le printemps et l'été

avec l'espérance d'une bonne récolte; mais ils ne lui apportent rien, pas un grain de blé. Le labeur de l'année a été vain; la semence est perdue! Que faire? Il n'y a naturellement qu'à chercher du travail.

« Le manque de travail est un coup mortel pour la population ouvrière; il porte en soi le danger de la ruine matérielle et de la chute morale. La plupart des gens restent fidèles aux principes de la morale, grâce à la régularité du travail et du gain; ils commencent à broncher quand cette régularité s'interrompt, et la misère vient frapper à leur porte », dit le professeur CHANTZ de Wurtzbourg.

Les meilleurs caractères faiblissent devant cette misère. Subventionnés durant de longues périodes de manque de travail, ils perdent leur dignité. Les garçons commencent à vagabonder, deviennent des parasites, des mendiants, prennent des habitudes d'alcoolisme, de malpropreté, s'abaissent progressivement jusqu'au rang des vagabonds, des escrocs. Les cas ne sont pas rares où on les voit devenir criminels. Les jeunes filles tombent dans la prostitution. Les hommes mariés périssent avec leurs familles. Le mari, resté sans travail durant des semaines, devient un parasite et commence à fréquenter le cabaret. Il n'est pas rare de voir des familles où la femme seule travaille et devient le soutien unique de ses enfants et de son mari. Si le gain de la femme est insuffisant et si les petites économies sont épuisées, on est obligé de faire des emprunts pour satisfaire aux premiers besoins de la vie; puis viennent les dettes pour le loyer et la misère pénible.

Sans travail, sans asile, des familles entières jetées sur le pavé, se dispersent forcément. Rien d'étonnant que ces malheureux perdent le courage, tombent très bas et restent pour toujours à la charge de leurs communes.

Il n'est pas rare de voir des familles entières, désespérées, découragées par la misère, chercher dans le suicide une fin à leurs maux. Telle est la misère qui frappe l'ouvrier urbain. Le paysan russe est certainement le plus malheureux; ici tout est plus simple, mais aussi plus tragique.

Le paysan laboureur qui habituellement ne connaît aucun autre métier, commence par chercher du travail chez son voisin; il va d'une maison à l'autre, d'un seigneur chez un autre.

Il y en a qui n'ont pas le courage de quitter leur famille pour aller chercher du travail dans les villes; la plupart vendront ou engageront leur mobilier plus que modeste; la misère frappe quand même à leur porte, et il ne reste qu'un moyen de ne pas périr de faim : c'est de mendier. Tels sont les pauvres mendiants de campagne, misérablement vêtus, avec une grande croix de cuivre sur la poitrine et un sac sur le dos pour le pain.

Devenu un mendiant, le paysan n'existe plus pour la commune. Il est difficile de décrire l'état moral de ce malheureux, dont le train

de vie est forcément changé. Heureusement qu'il trouve encore de la sympathie autour de lui-même dans les années de famine : il n'est pas rare de voir les paysans partager leur pain avec ces malheureux; en regardant ces pauvres affamés, on pense forcément à l'éventualité d'arriver au même résultat.

On voit aussi souvent que le père de famillle laisse ses enfants à la charge de sa femme pour aller chercher du travail à la ville ; la famille, restée sans pain, attend le retour de son soutien et meurt souvent de faim avant qu'il soit revenu.

Impossible de décrire l'état de misère dans lequel se trouvait le pays en hiver, avant que l'assistance y fût régulièrement organisée. Au mois de mai, après l'arrivée de la Croix-Rouge et de l'Assistance privée, l'état des paysans fut sensiblement amélioré.

Aux paysans affamés, malades par le fait même de la famine, on ne donne naturellement pas de travail; il leur faut tout d'abord du pain comme le remède au malade. L'idéal est dans la possibilité de prévenir le mal en donnant du travail, qui soutient matériellement et moralement.

Je connais des cas où les paysans, qui, lorsque l'assistance leur venait en aide pour la première fois, étaient gênés, ne comprenant pas pourquoi on leur distribuait le pain, le vêtement et de l'argent.

Il y en avait qui disaient que « la famine porte bonheur aux pauvres et aux paresseux, qui ne veulent rien faire. » Ces derniers s'adressent plus facilement à l'assistance publique.

Les paysans qui travaillent et arrivent à peine à lier les deux bouts, ne reçoivent habituellement pas de secours tant qu'ils n'arrivent pas à la misère complète. Ces faits sont à noter.

Les cas ne sont pas rares, où les paysans réduits à la misère, étant obligés de s'adresser à l'assistance, le faisaient en cachette, craignant l'opinion publique et le qualificatif de « mendiant ».

Celui qui a éprouvé combien il est douloureux de ne pas savoir où se procurer de l'argent pour donner du pain à ses enfants, comprendra très bien l'état moral de ces pauvres paysans. Combien sont loin de la vérité ceux qui pensent que cet état moral est le privilège des personnes instruites. L'instruction développe certainement le sens moral, mais elle ne le fait pas naître. Ne voyons-nous pas souvent les paysans ayant des principes de la plus haute morale et des personnes instruites très dépravées ?

Ce court exposé suffit pour juger de l'importance que présente l'organisation de l'assistance par le travail, et le rôle que cette organisation doit jouer dans l'avenir.

Notre intention n'est pas de parler ici des causes de la famine qui frappe périodiquement les divers départements de Russie ; nous voulons seulement dire que la question de la misère sociale doit préoccuper toute la société et que les mesures provisoires ne peuvent pas enrayer le mal.

Le 1er mai, un groupe de onze personnes, sous la direction

du membre du comité des Maisons de travail, conseiller privé actuel M. DE GALKINE-WRASSKY, fut envoyé à Kazan, centre administratif des gouvernements de l'Est, frappés de famine. Délégué par Sa Majesté l'impératrice ALEXANDRA THEODOROWNA, M. DE GALKINE-WRASSKY, pour pouvoir mieux réaliser ses projets, prit avec lui des fonctionnaires, des médecins, des personnes s'occupant spécialement d'économie rurale ; d'autres ayant étudié la question de l'assistance par le travail ; il y avait des représentants de « banque rustique », des juristes.

Arrivés à Kazan, ils prirent immédiatement connaissance de l'état du pays et des moyens proposés pour combattre le mal.

Avant le départ de Saint-Pétersbourg, M. DE GALKINE-WRASSKY proposa d'envoyer à la chancellerie du gouvernement de Kazan tous les renseignements dont on pouvait tirer profit au point de vue du fonctionnement de l'assistance.

Les membres du groupe, arrivés à Kazan, se sont partagé le travail et sont allés par quatre dans chaque gouvernement, à savoir : dans le gouvernement de Viatka, MM. DE WRASSKY, GANZIN, le Dr ROSTOVTZEFF et M. RODZIANKO ; dans le gouvernement de Simbirsk : MM. MAXIMOFF, comte de ROSTOZEFF, le docteur OKINCHEVITCH et M. ZÉMANK ; dans le gouvernement de Kazan : MM. EVRÉINOFF, PEDACHENKO et le Dr CHENGUELIDZE. Ces trois gouvernements et particulièrement celui de Kazan étaient sous la direction immédiate de M. DE GALKINE-WRASSKY. Tous les membres du groupe ayant établi l'unité du plan dans l'organisation de l'assistance se sont séparés pour aller travailler chacun dans son district. Etaient invités aussi à prendre part à l'organisation de l'assistance des personnes de différents états et métiers, à savoir, les fonctionnaires, dont le devoir principal est de veiller aux intérêts des paysans ; le clergé, les propriétaires des domaines ruraux, les étudiants, les sœurs de charité, les médecins, les instituteurs et les institutrices.

C'est en étudiant, d'une part, l'état dans lequel se trouvait la population et en se rendant compte, d'autre part, des moyens dont on pouvait disposer, qu'on a pu apprécier les différents systèmes d'assistance. Les personnes privées, qui s'intéressaient vivement à la question, étaient au courant de tous les besoins du peuple dans les petites localités ; mais elles ignoraient complètement la misère dans laquelle se trouvait la population des pays voisins ; et souvent, malgré la légitimité de leurs demandes, les membres du comité d'assistance ne pouvaient pas les satisfaire, ayant à leur charge d'autres districts et villages.

C'est sur les lieux seulement qu'on a pu se rendre compte du degré de misère qui y régnait ; tout ce qu'on pouvait apprendre d'après les récits et les lettres ne correspondait pas à la réalité : chaque personne voyait sous un autre jour l'état de ces malheureux paysans.

C'est sur place qu'il faut étudier la misère de chaque pays, et pour enrayer le mal, même en partie, la plus large assistance est indispensable : cette assistance doit être indépendante des intérêts locaux.

On a organisé huit groupes de travaux ;

1° Construction de digues, curage d'étangs et de puits ; nettoyage de sources et organisation de constructions ayant pour but leur préservation.

Dans le district où j'étais délégué on a organisé ces travaux en 18 endroits.

2° Construction de nouvelles voies de communication, de glissoirs, de chemins de fascines, de ponts. Dans notre petite localité ces travaux ont été organisés en 10 point différents.

3° Dans deux endroits on a restauré les grands ravins.

4° Dans quatre villages on a construit des « izbas » (chaumières) et des maisons pour les enfants assistés et les vieillards.

5° On a élevé 2 forges publiques ; dans 3 villages ont été construites des haies.

6° A Civilisk, a été fondé un asile, au nom de la grande-duchesse Olga.

7° On a ouvert huit écoles professionnelles.

8° Les instruments aratoires, le bétail, ont été distribués aux paysans ; en 87 endroits furent organisées des maisons de travail.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans les détails de l'organisation de l'assistance par le travail, ni de donner le compte rendu complet des sommes dépensées ; ce compte rendu a déjà paru dans le « Messager d'Etat », ainsi que dans le « Messager de Volga », aux mois de juin et d'août ; il paraîtra encore plus détaillé dans la revue « l'Assistance par le travail ».

Ceci dit, je passe à l'exposé de l'organisation des crèches, — une des formes de l'assistance ayant un grand intérêt au point de vue de l'hygiène publique.

LES CRÈCHES

Les crèches peuvent être considérées comme une des variétés de l'assistance par le travail, servant surtout de secours aux mères de famille. Leur succès dans l'avenir est assuré et il est plus que probable qu'elles sont destinées à une existence indépendante. Leur but est de donner des soins aux enfants dont les mères travaillent toute la journée dans les champs.

Les femmes qui ont des moyens confient leurs enfants, au moment de la récolte, aux vieilles bonnes qu'elles payent 4 roubles (12 francs) pour la semaine ; les plus pauvres enferment les enfants dans la cour. Ces enfants restent naturellement sans soins, et souvent ne mangent rien ou mangent, Dieu sait quoi.

Les incendies, si fréquents en été dans les campagnes, sont

souvent la conséquence du manque de soins des enfants : les vieilles bonnes s'endorment au soleil. Nous avons eu l'occasion de prendre les photographies de deux enfants couverts de morsures de cochons, en l'absence de leurs mères; ces cas ne sont pas rares dans les villages russes. Il ne faut pas oublier aussi la mortalité effrayante des enfants pendant la saison d'été, ce qui est encore un des résultats du manque de soins. Ceci dit, inutile d'insister sur l'importance des crèches.

Dans leur organisation on doit être guidé par deux principes : la propreté et l'absence de luxe; les enfants dans les crèches ne doivent pas être dans des conditions différentes de celles des familles des paysans; il ne faut pas habituer l'enfant aux soins superflus que ses parents ne pourront pas lui donner. Quant à la propreté, elle peut être réalisée même dans les familles les plus pauvres. L'enfant vêtu de grosse toile, mais bien propre, se trouve dans de meilleures conditions d'hygiène que celui qui aura des vêtements de soie sales : c'est vieux comme le monde, mais c'est souvent ignoré.

Nous nous permettons de dire que le lait conservé dans les pots en terre, pourvu que ces derniers soient bien propres, est plus sain et supérieur au lait stérilisé dans l'appareil de Soxhlett mal lavé, sans vouloir entrer ici dans la question soulevée dans ces derniers temps de l'infériorité du lait stérilisé. Le lait suspect doit naturellement être stérilisé; mais pouvons-nous insister sur la stérilisation du lait à la campagne, quand chez nous, à Pétersbourg, les pauvres enfants se nourrissent du lait qui ne mérite même pas ce nom ?

Pour assurer le succès des crèches dans l'avenir, il faut dès le commencement être guidé par les principes de simplicité et de régularité. C'est alors seulement que le public comprendra facilement le but de cette institution et lui prêtera intérêt et confiance.

L'expérience nous manque encore pour exposer ici en détail quel doit être le type, l'idéal réalisable des crèches ; nous espérons combler cette lacune plus tard; pour le moment, notre intention est de dire en quelques mots ce que nous avons demandé des personnes qui dirigeaient les crèches dans le gouvernement de Kazan. Habituellement on installe les crèches dans les écoles, où il n'y a pas de cours pendant les vacances. Dans les campagnes où il n'y avait pas d'école, on louait une grande « isba » (maison de paysan) avec une cour et un avant-toit dans la cour.

Tous les huit jours on nettoyait à fond le local. On achetait des corbeilles ou des caisses en bois ou en tôle, qui servaient de couchette aux enfants. Pour respecter les traditions de la campagne, on acceptait même des berceaux suspendus à des cordes ou à des ressorts : déplorable système, plus commode pour les bonnes que

pour les enfants. On y berce les enfants jusqu'à ce qu'ils perdent connaissance. L'enfant bien soigné et bien portant s'endort facilement sans être bercé. Le sommeil provoqué par ce système qui contribue à changer la circulation cérébrale est plus qu'inutile. Pour empêcher ces enfants de tomber, il est préférable de mettre par terre, les corbeilles et caisses où ils couchent. Au point de vue esthétique, les berceaux garnis de rideaux ont plus d'œil, mais les enfants y manquent d'air.

Pour fabriquer des matelas on se sert de vieille toile déjà lavée; on les remplit de mousse, de copeaux, de foin, de balle, substances bon marché qu'on peut changer à volonté; un petit oreiller, une ou deux couches, une toile cirée et une petite couverture en molleton, et il y a de quoi garnir le lit de l'enfant.

Pour les enfants plus âgés, un grand matelas commun.

Chaque enfant recevait deux costumes en tissu du pays ; on permettait qu'il portât ses propres vêtements, pourvu qu'ils fussent bien propres.

Pour laver et baigner les enfants, les auges en bois sont très pratiques ; elles sont meilleur marché que les baignoires en fer-blanc, et dans le cas où il se trouve parmi les enfants un malade contagieux, il est plus simple de brûler une auge qui coûte très bon marché, que d'acheter une nouvelle baignoire ; quant à la désinfection, impossible de la réaliser pour le moment.

Les biberons dont on se sert sont en verre ; les tétines, en caoutchouc noir. Il est temps de mettre fin à l'usage plus que barbare qui règne dans les pays situés aux bords du Volga, de fabriquer les tétines de mamelles de vaches, lesquelles mamelles sont d'abord macérées dans du « kwas » (boisson nationale) ; à ces tétines originales on adapte des cornes de vache creusées à l'intérieur. Les médecins sont chargés par le « Jemstwo » (États provinciaux) de distribuer gratuitement les tétines en caoutchouc. Lorsqu'il fait chaud, les enfants dorment et restent toute la journée dans la cour sous l'avant-toit. Les cubes en bois et le sable leur servent de jouets.

Les enfants âgés de moins de 6 mois reçoivent le lait toutes les 3 heures; de 6 mois à un an toutes les 4 heures. Les enfants plus âgés reçoivent du thé, du pain blanc, de la soupe et de la bouillie.

Les crèches sont destinées principalement aux enfants âgés de moins de 2 ans.

Les enfants plus âgés y viendront tout seuls et soigneront les petits.

Il serait à souhaiter que les parents apportassent le lait, la bouillie, prissent une part plus active à l'organisation des crèches ; c'est alors seulement qu'ils pourraient en apprécier l'utilité.

On confiait de préférence la direction des crèches aux institutrices de l'école primaire, qui habitant les pays sont bien connues de la population ; et les mères de famille confieront plus volontiers

leurs enfants aux personnes qu'elles connaissent qu'à des étrangères ; d'autre part, les institutrices, connaissant bien la population, connaissent aussi les enfants qui ont les maladies héréditaires contagieuses. Les institutrices disposent de leur temps pendant les vacances, et la direction des crèches leur fait gagner un peu d'argent.

Les crèches doivent être visitées par le médecin aussi souvent que possible ; tout enfant qui entre dans la crèche doit être examiné par le médecin.

Les parents peuvent laisser les enfants dans les crèches, même la nuit.

La création des crèches a donné des résultats plus que satisfaisants. Au commencement, presque tous les payans se sont inscrits pour y prendre part, comptant qu'on leur donnerait le vivre à emporter ; mais à l'ouverture ils se sont présentés en moins grand nombre ; il y en avait qui demandaient de l'argent pour payer des bonnes à domicile.

En pleine récolte le nombre des enfants qu'on apportait dans les crèches était considérablement augmenté. Il n'y avait pas un seul cas d'incendie, ni de maladie épidémique dans les villages où fonctionnaient des crèches.

Aucune crèche n'a été fermée faute d'enfants ; il y en avait où il venait moins d'enfants qu'on ne s'y attendait ; mais cela dépend en partie de l'organisation.

Les directeurs des crèches ont souvent eu l'occasion de discuter la question d'utilité de telle ou telle mesure : cela n'empêche pas que de tous les côtés, même de la part des « vieux croyants » (secte religieuse), on n'entendait que des éloges.

Il était impossible d'organiser les crèches pour la population tatare. Les Tatares acceptent difficilement les innovations. Si l'aigle à deux têtes (drapeau national) élevé sur les bâtiments nouvellement construits, leur donnait l'idée qu'on va les forcer à se convertir, les crèches devaient naturellement leur faire une terrible peur. Ils ont, heureusement, des usages très rationnels : 1° d'amener les enfants aux champs dans les caisses, ayant des couvre-lumière ; 2° d'élever les enfants au sein jusqu'à l'âge de 2 ans.

A 2 ans le lait est certainement trop vieux et peu nourrissant ; mais ce système présente l'avantage que l'enfant ne reçoit pas de pain, ni de tétine faite d'une mamelle de vache macérée dans du « kwas ».

Nous aurions pu faire l'expérience des crèches champêtres sur la population tatare ; mais, pour diriger cette crèche, il eût fallu trouver une femme instruite, ce qui nous était impossible dans les conditions où nous nous trouvons.

Réglementation provisoire des crèches d'été dans le gouvernement de Kazan, rédigée par le Comité des Maisons de travail et des Maisons pénitentiaires du Travail.

Le but des crèches est de donner le refuge et la nourriture aux jeunes enfants des paysans au moment des récoltes, quand les femmes comme les hommes travaillent dans les champs du matin au soir, et que les enfants restent sans soins ni nourriture. D'autre part, dans les crèches, les enfants plus âgés, ainsi que les mères, s'habituent à la propreté : c'est là qu'on leur apprend les éléments de l'hygiène de l'enfance.

2° Le nombre d'enfants admis dans chaque crèche est en rapport direct avec le local.

3° Y sont admis les enfants âgés de moins de 2 ans, qui demandent de grands soins; s'il y a de la place, on accepte aussi des enfants plus âgés, jusqu'à l'âge de 10 ans; on les habitue à soigner les petits.

4° Les enfants restent dans les crèches du matin au soir, le temps que les parents travaillent dans les champs.

5° Dans le cas où les mères sont malades (scorbut ou autre maladie quelconque), les enfants sont gardés dans les crèches pendant toute la durée de la maladie, jour et nuit.

6° On garde aussi jour et nuit les enfants dont les parents quittent le village pour quelques jours afin d'aller travailler dehors.

7° La direction des crèches est confiée à quelqu'un du pays, qui a manifesté le désir de se charger de cette direction : que ce soit le propriétaire rural, le curé, le fonctionnaire, ou quelque personne du monde médical, sans distinction de sexe; ou à un comité dans lequel entrent les personnes des catégories sus-indiquées.

8° Les soins de l'alimentation et de la santé des enfants dans les pays où règnent les maladies, ainsi que dans les endroits où les crèches seront ouvertes pour un grand nombre d'enfants, seront confiés aux surveillantes payées pour cela, qui habiteront les crèches.

9° Pour soigner les nourrissons on choisit parmi les paysannes du pays des bonnes (une bonne pour 5 nourrissons). Ces bonnes sont payées et nourries dans les crèches.

10° Chaque enfant apporté à la crèche est porté sur le registre de crèche et sur une fiche où l'on note tous les renseignements sur cet enfant et le nombre de jours qu'il y reste.

11° Après la fermeture des crèches on remet le registre, le journal des crèches et les fiches, au délégué du Comité de l'Assistance par le travail, ou à son aide.

12° Ne sont pas admis dans les crèches les enfants ayant des maladies infectieuses.

13° Au cas où une maladie infectieuse se déclare dans la crèche, on renvoie les enfants, on fait une désinfection complète du local et de l'inventaire, et on ne recommence la réception des enfants qu'au bout de quelques jours.

14° Dans les crèches les enfants ne trouvent pas plus de luxe que chez leurs parents ; mais ils y sont très proprement tenus et reçoivent une nourriture simple et saine. Le matin, dès que les enfants sont apportés dans les crèches, on leur met des vêtements appartenant à l'administration ; leurs propres vêtements sont lavés pendant ce temps-là par les bonnes, et le soir ils leur sont rendus bien propres.

15° L'existence des crèches est assurée par les sommes que reçoit d'avance celui ou celle qui dirige la crèche, du délégué du Comité de l'Assistance.

16° Chaque crèche tient l'inventaire de tous les objets achetés de ces sommes, avec indication du prix de chaque objet ; au moment de la clôture des crèches, on note sur cet inventaire les objets qui ne sont plus bons à l'usage.

17° Toutes les recettes ainsi que les dépenses sont portées en compte ; on garde aussi toutes les factures.

18° A la clôture des crèches, le compte rendu de leur fonctionnement et leurs dépenses, ainsi que les documents justificatifs et l'inventaire, sont présentés au délégué du Comité.

19° Le personnel est choisi par la personne ou l'ensemble des personnes qui dirigent les crèches.

20° Les sociétés de bienfaisance ou les personnes qui dirigent les crèches sont priées de donner leur avis sur cette réglementation, pour qu'on puisse la compléter ou la changer dans l'intérêt même de la question.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Un cas d'intoxication par l'anis (1). — M. Haushalter a observé un enfant de quelques mois, chez lequel se déclarèrent des symptômes nerveux inquiétants (état demi-comateux et convulsions) à la suite de l'absorption, durant deux jours, de mélange à parties égales de lait et d'une infusion de semences d'anis et de fenouil (une cuillerée de semences par verre d'eau). L'ingrédient avait été recommandé et vendu à la mère parce que l'enfant avait des gaz.

(1) Soc. de médecine de Nancy, 28 nov. 1900.

Obstruction nasale chez les myxœdémateux.— M. Royet montre (1) sur une pièce provenant d'une myxœdémateuse, le mécanisme de l'obstruction nasale par plissement de la muqueuse. Il fait observer que cette obstruction est à peu près constante chez ce genre de malades, et qu'une grande partie des symptômes observés chez eux, et attribués à l'insuffisance thyroïdienne, doivent être rapportés à l'anoxhémie d'origine nasale. Il fait voir aussi sur la même pièce des brides cicatricielles du cavum et d'une trompe d'Eustache et des bourses pharyngiennes, dispositions anormales assez fréquentes et auxquelles il attribue une assez grande influence sur les organes de la respiration et de l'audition. Il rappelle qu'il a présenté dans une séance antérieure un instrument destiné à traiter cette maladie.

Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois. Diagnostic par la radiographie. Ablation avec l'électro-aimant (2). — Garel. — Un enfant âgé de huit mois avale un clou, dit pointe de Paris. Il devient cyanosé, se débat, puis peu à peu se calme, et la respiration redevient normale. Le clou ne fut jamais retrouvé dans les selles examinées à ce point de vue. A partir de cette époque, il toussa fréquemment chaque jour, maigrit, et l'état général s'aggrava. Un mois et demi après, l'enfant fut présenté à un médecin qui constata une induration avec râles au sommet droit. La respiration était très soufflante à ce niveau. On institua une médication dirigée contre les symptômes bronchiques. L'enfant maigrissait toujours, devenait pâle, et s'affaiblissait comme miné par une tuberculose rapide.

M. Garel pensa que le clou avait pu pénétrer dans les voies respiratoires, et fit faire une radiographie qui montra le clou enclavé dans la direction de la bronche droite en bas et la tête en haut.

M. Garel constate à la base du poumon droit une légère matité peu étendue. Le murmure vésiculaire n'a plus sa douceur normale, et il existe un souffle rude dans la partie supérieure du poumon droit. Rien d'anormal du côté gauche.

L'intervention chirurgicale consista, tout d'abord, dans la trachéotomie. La canule étant remplacée par un écarteur à deux branches ; on approche la pointe d'un électro-aimant, construit pour l'extraction des paillettes de fer de l'œil, de l'ouverture béante de la trachée. Le clou s'élance brusquement des profondeurs de la poitrine et vient se coller fortement à la pointe de l'électro, à la stupéfaction de tous. L'écarteur est aussitôt remplacé par la canule, qui est laissée à demeure pendant les premiers jours.

Le jour même de l'opération, l'enfant rejette par la canule du pus épais en assez grande abondance. Gros râles dans le poumon

(1) Société des Sciences médicales de Lyon. Séance du 18 janvier 1901.
(2) *Lyon médical*, 6 janvier.

droit. La température, qui était normale avant l'opération, s'élève le soir à 39 et se maintient, d'ailleurs, autour de 39,2, 38,5 pendant les deux premiers jours. Le cinquième jour on enlève la canule. La convalescence ne fut marquée que par une légère infection de la plaie trachéale.

Rapports entre les adénoïdes et l'insuffisance thyroïdienne (1). — M. Rivière attire l'attention sur les rapports qui peuvent exister entre les adénoïdes et l'insuffisance thyroïdienne. Souvent il a vu des enfants qu'on lui amenait pour des végétations adénoïdes, présenter en même temps des symptômes d'insuffisance thyroïdienne. Dans ces cas, il s'est toujours bien trouvé d'associer le traitement thyroïdien au curettage des végétations adénoïdes.

La surdité chez l'enfant est due souvent aux végétations adénoïdes ; or, les régions les plus riches en sourds-muets sont aussi les plus riches en goitreux, aussi bien en Suisse qu'en France. La Seine, qui compte beaucoup de névrosés, d'alcooliques, de syphilitiques, facteurs qu'on incrimine dans les ascendants des sourds-muets, arrive au même point comme nombre de sourds-muets et de goitreux. Il semble donc qu'il y ait un rapport à peu près constant entre la surdi-mutité et l'insuffisance thyroïdienne.

M. Rivière a eu à soigner deux enfants qui lui semblent venir à l'appui de ce qu'il avance. Il les présente à la Société.

Ils sont venus le trouver au mois dernier avec une surdi-mutité complète. Tous les deux présentaient des végétations adénoïdes et des symptômes frustes de myxœdème consistant surtout en bouffissure de la face et des extrémités. Ils furent curettés et soumis au traitement thyroïdien. L'aîné, qui a 8 ans, a suivi moins exactement que le cadet, âgé actuellement de 6 ans, le traitement thyroïdien. Les résultats sont bien meilleurs chez celui-ci que chez celui-là. L'aîné entend la voix haute ; au point de vue intellectuel, il est moins avancé que son frère, bien qu'il soit placé dans un établissement de sourds-muets. Le plus jeune entend la voix haute et basse et s'exprime même assez bien.

CHIRURGIE

Symphyse staphylo-pharyngée (2). — M. Albertin présente à la Société de chirurgie de Lyon un petit malade atteint de symphyse staphylo-pharyngée avec destruction de l'épiglotte et sténose laryngée. Il se propose, après avoir dilaté le larynx, de libérer le voile comme il a déjà eu l'occasion de le faire et d'appliquer l'appareil prothétique que M. Martin a imaginé pour ces cas.

Lympho-sarcome opéré chez une enfant de 2 ans, sans récidive au bout de trois mois (3). — M. Nové-Josserand présente à la Société de

(1) Société des Sciences médicales de Lyon. Séance du 9 janvier 1901.
(2) Séance du 27 décembre 1900.
(3) Séance du 17 janvier 1901.

chirurgie de Lyon une fillette âgée de deux ans, qui, sans antécédents notables, présente à l'âge de dix mois, dans la région sus-claviculaire droite, une tumeur de la grosseur de la moitié d'une noix. Celle-ci resta stationnaire jusqu'à l'âge de 19 mois, puis elle se mit à grossir lentement d'abord, puis de plus en plus vite, bien que l'état général restât assez satisfaisant.

A l'entrée à la Charité, on constate que la région sus-claviculaire droite est remplie par une tumeur bosselée, formée par deux masses ganglionnaires agglomérées, encore faiblement adhérentes à la peau qui est saine, et paraissant assez mobiles sur les plans profonds. Quelques petits ganglions durs le long du bord antérieur du trapèze. Les autres groupes ganglionnaires sont indemnes : le foie, la rate, le sang sont normaux. Cliniquement, le diagnostic de lympho-sarcome n'est pas douteux.

L'extirpation de la tumeur est pratiquée le 8 octobre 1900. La tumeur est enlevée largement avec la portion adhérente de la plaie, un petit morceau de l'acromion et une languette assez étendue du trapèze. La dissection des petits ganglions fut poursuivie jusqu'en haut du cou, en disséquant les vaisseaux carotide et jugulaire, et parut complète.

Les suites opératoires furent simples, et, actuellement, trois mois après l'opération, il n'y a pas trace de récidive. L'enfant se porte bien.

L'examen macroscopique de la pièce confirma de tout point le diagnostic clinique ; on ne trouva aucun point ramolli ou caséeux ressemblant à de la tuberculose.

L'examen histologique des coupes révèle des alvéoles limités par du tissu conjonctif et remplis par du tissu ganglionnaire avec réticulum adénoïde. Il n'y a aucune formation spécifique et, notamment, pas de tubercule.

Il s'agit d'une tumeur fort probablement maligne, d'un lymphosarcome, car le tissu ganglionnaire que l'on observe semble être en dehors d'un ganglion normal, car, fréquemmeut, dans les travées, on rencontre les fibres musculaires striées, dissociées et en raréfaction.

Il n'est donc pas douteux qu'il s'agisse ici d'un lympho-sarcome, tumeur qui n'est, d'ailleurs, pas très rare chez l'enfant.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Un cas de psoriasis généralisé traité par le cacodylate de soude. — M. J. Demange (1) présente à la Société une fillette de 14 ans atteinte d'un psoriasis confluent qui, ayant débuté en octobre 1899 aux membres supérieurs, s'est rapidement généralisé au tronc, aux membres inférieurs et à la tête.

Entrée au service de M. le professeur Spillmann en janvier 1900,

(1) *Société médicale des hopitaux*. Séance du 15 février.

elle a été traitée sans succès par des applications de traumaticine à l'acide chrysophanique et d'huile de cade, ainsi que par des bains alcalins.

On a commencé le 6 mars 1900 à lui faire chaque jour une injection hypodermique de 0 gr. 01 de cacodylate de soude. Le traitement n'a donné lieu à aucun malaise et a, dès les premiers jours, été suivi d'effet. A la fin de mars il existait déjà une amélioration notable de l'état de la peau. Depuis le 20 avril la peau a recouvré son aspect normal ; il ne reste plus que quelques petites squames au coude gauche.

La durée du traitement n'a été que de 6 semaines et a suffi pour débarrasser complètement la malade, ce que n'avait pu faire un traitement de 6 mois par les anciennes méthodes.

Traitement de la syphilis pendant la grossesse. — MM. E. E. Gaucher et Henry Bernard. — Les observations recueillies par MM. Gaucher et Bernard depuis plusieurs années semblent prouver que le pronostic de la syphilis fœtale n'est pas aussi grave qu'on pourrait le croire, si le traitement antisyphilitique de la mère est institué assez tôt, s'il est régulièrement suivi, et si la médication mercurielle employée et le mode d'administration de cette préparation sont assez actifs.

Ils ont ainsi non seulement amené la grossesse à terme, mais, le plus souvent, obtenu des enfants gros et bien portants, plus beaux certainement que bon nombre d'enfants qui ne sont pas syphilitiques.

Pour ce traitement, les mercuriels solubles doivent être employés à l'exclusion de toute autre médication hydrargyrique. Parmi eux, ils préfèrent le sublimé pour l'usage interne, le benzoate de mercure pour la voie sous-cutanée. Le sublimé est prescrit en pilules de 1 centigr., associé à une dose égale d'extrait thébaïque ; ce sont les pilules de Dupuytren modifiées ; la dose ordinaire est de deux pilules chaque jour. Le benzoate de mercure doit être également employée à la dose journalière de 2 centigr., en injection sous-cutanée profonde ; sa solubilisation est obtenue par le benzoate d'ammoniaque. Quelle que soit la préparation mercurielle employée, no peut avantageusement ajouter l'iodure de potassium à la médication hydrargyrique, comme dans toutes les syphilis graves.

Le traitement, pour être efficace, doit être commencé dès le début de la grossesse ou dès le début de la syphilis, lorsque celle-ci est postérieure à la conception. Il doit être continué d'une façon ininterrompue pendant toute la durée de la grossesse ; aussi, pour éviter les inconvénients des injections répétées, préconisent-ils les séries alternées d'injections et de pilules (un mois d'injections, vingt jours de pilules, dix jours de repos pour une période de deux mois, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la grossesse).

Chez les syphilitiques albuminuriques, que cette albuminurie soit d'étiologie syphilitique ou gravidique, le traitement comporte les deux mêmes indications : régime lacté et traitement spécifique, les doses de ce dernier étant subordonnées au degré de la perméabilité rénale, et indépendantes, dans une certaine mesure, de la quantité d'albumine.

Si la recherche de la toxicité urinaire par le procédé de Bouchard, si la recherche de l'élimination du mercure par la pile de Smithson dénotent une perméabilité rénale très diminuée, il faut s'en tenir d'abord au régime lacté seul ; puis, peu à peu, à mesure que les fonctions rénales se rétablissent, on peut donner du mercure à doses progressivement croissantes, d'abord à l'intérieur, sous forme de tannate de mercure, puis sous forme de benzoate en injections, mais sans dépasser un centimètre cube de benzoate chaque jour, c'est-à-dire la moitié de la dose normale.

Si, au contraire, la perméabilité rénale est normale ou à près, il faut instituer tout de suite le traitement mercuriel, mais en débutant par la moitié de la dose ordinaire; puis on augmente progressivement la quantité de mercure, jusqu'à atteindre la dose normale.

Traitement de la colite dysentériforme de l'enfant. — M. Aviragnet a cité un certain nombre d'observations tendant à prouver que le sulfate de soude, donné à dose faible, constitue un médicament de tout premier ordre dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes.

Solution pour accélérer l'accroissement des cheveux. — Dietrich.

℞	Chlorhydrate de quinine.	4 grammes
	Tanin.	10 —
	Teinture de cantharides.	10 —
	Eau de Cologne.	40 —
	Glycérine pure.	60 —
	Vanilline.	0 gr. 10
	Bois de santal pulvérisé.	5 grammes
	Alcool à 68°.	880 —

Laisser macérer 4 jours. — Filtrer.

Aphtes. — E. Périer. — Toucher les parties malades toutes les 2 heures, avec un tampon d'ouate et le collutoire :

℞	Borax.	4 gr.
	Teinture de benjoin.	2 gr.
	Sirop de framboises.	30 gr.

REVUE DES SPÉCIALITÉS

La Phosphatine Falières chez les enfants.

La Phosphatine Falières dont la haute valeur a été consacrée par le jury de l'Exposition universelle, qui lui a donné sa plus grande récompense, est un mélange de farine de riz, tapioca, fécule de pommes de terre, arrowroot, à parties égales, plus cacao, sucre et phosphate de chaux (20 centigrammes de phosphate bicalcique par cuillerée à soupe).

Toutes les fécules qui entrent dans la composition de la phosphatine ont été portées à une température suffisamment élevée pour les stériliser et pour en solubiliser et saccharifier partiellement la molécule amylacée.

Le phosphate de chaux, d'accord en cela avec les exigences des éléments histologiques chargés de l'utiliser, se trouve à un état d'assimilabilité telle, qu'introduit dans l'estomac il perd sa forme organique pour ne faire qu'un avec la molécule organique chargée de le transporter dans l'intimité des tissus.

Puisqu'il est établi que l'enfant qui grandit en même temps qu'il s'entretient a besoin, par unité de poids du corps, de beaucoup plus de matériaux alimentaires que l'adulte, qui, lui, a cessé de croître et n'a plus qu'à s'entretenir, et que, d'autre part, ses organes sont encore incomplètement développés, il faut lui présenter les aliments sous la forme la plus aisément assimilable.

C'est ce qu'a réalisé Falières dans sa Phosphatine.

Au moment du sevrage, quand on commence à ajouter au lait des bouillies, soupes, etc., on devra donner la phosphatine préférablement à toutes les autres. Contrairement aux aliments similaires, elle tient compte, en effet, du besoin qu'a l'enfant de ce phosphate de chaux qu'il trouvait dans le sein, mais qu'il ne trouve pas ailleurs, au moins sous une forme aussi assimilable.

Plus tard, pendant la période scolaire, la phosphatine convient à merveille aux enfants : c'est en réalité la seule préparation qui assure la restitution du phosphate de chaux dépensé en grande quantité par le fonctionnement du cerveau.

Dans les maladies de la nutrition, c'est à maintenir l'équilibre organique entre les recettes et les dépenses que s'évertue le médecin. Or, ce qui est difficile à faire assimiler surtout à un organisme défaillant, c'est le phosphate de chaux qui, donné en nature, se retrouve dans les selles.

C'est pour cela que la phosphatine est l'aliment à conseiller.

Les petits rachitiques y trouvent leur salut; les lymphatiques, les tuberculeux, les anémiques, le meilleur adjuvant de tout traitement hygiénique ou médicamenteux.

Dr TEISSIER.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

UN CAS DE PÉRICARDITE PURULENTE TRAITÉ PAR L'INCISION LARGE DU PÉRICARDE

Par M. le Docteur VILLEMIN

Chirurgien des hôpitaux.

M. Février cite, dans son mémoire, quinze cas de péricardite purulente, dont onze ont été ponctionnés et ont été suivis de mort, et dont quatre (Rosenstein 1881, West, Partzenski 1883, Parker 1888) ont été incisés largement ; deux de ces derniers ont été sauvés.

Cette statistique, malgré le petit nombre de faits sur lesquels elle repose, dû à ce que la péricardite purulente est rare et ensuite fréquemment méconnue, suffit à juger la première de ces méthodes thérapeutiques. Tout ce que la clinique nous enseigne sur l'évolution des foyers franchement purulents dans les séreuses, plèvres, grandes articulations, etc., devait *a priori* faire entrevoir ces échecs, d'autant que dans le cas particulier de la séreuse du cœur s'ajoutent des considérations physiologiques et pathologiques spéciales à un organe qu'aucun autre ne supplée et qui supporte mal la compression.

La seule chance de salut qui reste au malade atteint de cette grave complication est tout entière dans un diagnostic exact et une intervention précoce ; attendre, c'est laisser la dégénérescence du myocarde rendre inutile une opération qu'on peut qualifier d'héroïque ; mais si ces préceptes sont vrais en général, il est pourtant des cas où l'épanchement péricardique n'est qu'un des multiples foyers d'une pyohémie d'une gravité telle que toute intervention, si large et si précoce qu'elle soit, ne peut rien contre l'infection profonde de l'organisme. Ce sont précisément ces cas qui font que, même après l'ouverture du péricarde, le pronostic, tout en n'étant pas absolument fatal comme après la simple ponction, n'en reste pas moins extrêmement sévère.

En voici un de ce genre qui s'est terminé par la mort du sujet, malgré la poursuite incessante de tous les foyers purulents à

mesure qu'ils se produisaient. Il a quelque analogie, au point de vue étiologique, avec le fait rapporté par Parker chez une fillette de 9 ans, atteinte également d'ostéomyélite du tibia, mais qui mourut au cours de l'intervention pendant que l'opérateur faisait des irrigations dans la séreuse péricardique.

Une fillette de 13 ans, M...T..., entre le 13 octobre 1900 à l'hôpital des Enfants Malades. Aucun antécédent digne d'être noté. Depuis 8 jours l'enfant se plaint de douleurs vagues sans localisation précise, avec état fébrile le soir. Tout d'un coup, le 13 octobre, l'état s'aggrave brusquement. Des frissons intenses précèdent une température de 40°, 5, et une douleur excessive se localise à l'extrémité supérieure du tibia droit. Le jour même, l'os est largement évidé jusqu'au canal médullaire, du tubercule antérieur de l'os jusqu'à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. L'enfant se trouve soulagée, mais la température ne tombe qu'à 39°. Elle accuse une soif extrêmement vive.

Le 15 octobre, la température remonte à 40°, l'agitation recommence, est surtout violente la nuit ; la malade se plaint de douleurs au niveau du coude et du poignet droits ; mais la pression sur un point quelconque du squelette des membres réveille des souffrances presque aussi intenses ; et l'examen local ne révèle aucun empâtement, aucun foyer. Le 20, une vague tuméfaction profonde apparait au niveau de l'olécrâne du cubitus droit et à l'extrémité inférieure de l'humérus gauche ; quoique la fluctuation fût loin d'être nettement perçue, en présence de la persistance de la température (40°), l'incision portée dans la profondeur jusqu'au squelette fait découvrir, tant sur le membre droit que sur le gauche deux foyers purulents au contact des os. Une très appréciable amélioration se produit ; le soulagement est franchement manifeste, et la température descend et se maintient à 38°.

Le 26, les oscillations thermiques recommencent à dépasser 39° ; le genou droit, qui a augmenté de volume très rapidement. est plein de pus ; une arthrotomie large est faite, la jointure est lavée et drainée ; dans la même séance opératoire, un abcès est ouvert au niveau de la tête du péroné droit. A dater de cette époque, les souffrances très vives de la malade ne lui laissent pas un instant de répit, l'anorexie est complète, la soif toujours vive, le sommeil nul, l'amaigrissement rapide. Des multiples incisions antérieurement pratiquées sort un pus fétide d'une abondance extraordinaire ; les bords des plaies sont blafards, couverts d'enduits grisâtres, tandis que des hémorrhagies en nappe se produisent fréquemment dans la profondeur. De nombreux râles sont entendus dans les deux poumons, la rate est grosse, le cœur se dévie, sa pointe bat dans le quatrième espace intercostal au-dessus et en dehors du mamelon.

Le 3 novembre, la température dépasse à nouveau 40° ; un nouvel abcès est ouvert au niveau du coude gauche ; la température cède encore une fois.

Le 7 novembre, le thermomètre accuse encore 40°. L'oppression est tout à fait angoissante, le facies cyanosé ; une voussure apparaît à la région précordiale, le choc de la pointe du cœur n'est plus perçu. Une ponction à la seringue de Pravaz ayant confirmé le diagnostic, une large ouverture est faite au niveau du 4° espace, là où la matité la plus franche ne laissait aucun doute ; quelques centimètres du cartilage costal sont réséqués et le péricarde largement ouvert laisse échapper une quantité de pus qu'on peut estimer à un litre sans crainte d'être taxé d'exagération. Le doigt introduit dans la plaie perçoit très nettement les contractions rythmées de l'organe, distingue celle des ventricules et des oreillettes et reconnait toute la face interne du péricarde pariétal tomenteuse, comme recouverte de fausses membranes. Large drainage, sans lavage.

A dater de ce moment la malade n'a cessé de délirer ; le pouls est devenu imperceptible, la respiration reste toujours aussi gênée. Le lendemain de la dernière intervention, l'examen de la patiente montre l'abdomen ballonné, douloureux, fluctuant dans les parties déclives. Il ne peut plus être question

d'opérer cette péritonite purulente, étant donné l'état de la malade qui est mourante. Elle succombe dans la soirée, 52 heures après la péricardotomie. Malheureusement des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de faire l'autopsie.

Telle est, abrégée, l'histoire de ce cas d'ostéomyélite à forme pyohémique grave. Cinq fois la malheureuse enfant a été apportée sur la table d'opération ; malgré l'ouverture large à la gouge et au maillet de ses os atteints, malgré le drainage de multiples abcès, malgré une large arthrotomie, malgré l'ouverture du péricarde après résection costale, elle a succombé à l'infection, envahie par de nouveaux foyers qu'il n'était plus possible de poursuivre. Comme type d'ostéomyélite infectieuse à complications viscérales d'une part et de l'autre comme exemple de péricardotomie dont le nombre est encore fort restreint, cette observation méritait de ne pas tomber dans l'oubli.

Université de Rome. Clinique du Pr Luigi CONCETTI.

SUR UN CAS TYPIQUE DE SCLÉROSE EN PLAQUES CHEZ UNE PETITE FILLE DE 7 ANS

Par le Docteur P. SORGENTE, assistant (1).

Formes atypiques.

1° Cas de SCHONFELD. — Petit garçon de 11 ans ; rien d'héréditaire ; à 2 ans rougeole, à 7 ans diphtérie. Tout d'abord tremblement des mains ; ensuite scarlatine, qui rend plus évident le tremblement.

Développement intellectuel imparfait, vertiges, tremblement intentionnel ; parésie spastique ; il n'y a ni parole difficile, ni nystagmus.

2° Cas de WESTPHAL. — Petit garçon de 11 ans. Pas d'hérédité morbide ; à 5 ans pneumonie ; peu de temps après, faiblesse de la jambe droite; à 10 ans diphtérie, et alors vertiges, parole scandée. Pâleur de la papille, parésie spastique des jambes et des bras. Il n'y a ni tremblement intentionnel, ni nystagmus.

3° Cas de STADTHAGEN. — Garçon de 11 ans. A 4 ans pharyngite diphtérique, et paralysie consécutive du voile du palais : guérison. Restaient les désordres de la marche, parésie spastique des jambes et des bras, scansion des mots, déglutition pénible, réflexes rotuliens exagérés.

Il n'y a pas de tremblement intentionnel ni de nystagmus.

4° Cas de MARIE. — Garçon de 14 ans. Comme signe culminant vertiges. CHARCOT fit le diagnostic de sclérose en plaques.

(1) Suite. Voir le numéro précédent, p. 155.

5° Cas de ZENKEN. — Petit garçon de 7 ans. — Il n'y avait eu dans sa vie aucun symptôme caractéristique ; à l'autopsie, sclérose cérébrale. On n'a pas examiné la moelle.

6° Cas de NAEF (1). — Enfant de 4 ans né à sept mois et qui après sa naissance présenta un certain degré de faiblesse aux membres inférieurs. Intelligence retardée.

Il présentait une parésie du facial droit. La parole était lente, monotone ; strabisme convergent à droite. Légère rigidité des membres supérieurs ; paraplégie spastique : démarche nettement spastique à cause d'une forte contraction des adducteurs.

Les réflexes tendineux étaient très exagérés. L'enfant fut présenté à la clinique par le professeur WYS, de Zurich, et celui-ci sanctionna le diagnostic de sclérose en plaques, qui fut confirmé aussi par M. FREND (loco citato).

7° Cas de G. FREND (2). — Fillette de sept ans qui commença à parler à 18 mois et à marcher à 3 ans. A deux ans et demi, elle eut de la laryngite diphtérique à forme grave. Elle avait déjà un peu de tremblement des mains ; après l'attaque de diphtérie, le tremblement augmenta. Quelque temps après, l'enfant présenta de la paralysie du voile du palais. Quand elle fut examinée la première fois par FREND, on trouvait : parole lente, monotone ; parésie du facial droit, tremblement de la langue ; pendant les mouvements intentionnels des membres supérieurs, tremblement à secousses rapides qui rappelait celui de la sclérose en plaques : réflexes rotuliens exagérés. Sous l'influence d'un traitement électrique, l'état de l'enfant parut s'améliorer.

8° Cas de DRESCHFELD A. — Enfant de 8 ans et 9 mois. A 14 mois il eut deux fois des convulsions suivies de tremblement des globes oculaires et des membres, avec une grande faiblesse progressive. L'enfant est très bien développé, mais il ne peut ni se tenir debout, ni marcher. Tout son corps tremble, le nystagmus est constant, l'intelligence très bornée. On remarque une grande difficulté de la parole et un certain degré de paralysie labio-glosso-laryngée. La salive coule continuellement de la bouche, il y a épilepsie spinale.

9° Cas de DRESCHFELD B, — cité aussi par MARIE. Frère du précédent, intéressant quant à la question d'hérédité morbide. C'est un enfant de 7 ans et 4 mois : il a été bien portant jusqu'à l'âge de 4 ans ; ensuite il commença à avoir des tremblements dans tous les membres, et présenta l'allure des ataxiques. L'enfant est facilement impressionnable ; sa parole est bégayée ; il a un commencement de paralysie labio-glosso-laryngée ; l'épilepsie

(1) Die spastische spinal paralysie in Kindesalter. Dissertation inaugurale, Zurich, 1885.

(2) G. FREND. Zur Kenntniss der cerebralen diplegien des Kindesaltes. Leipzig et Vienne, 1893, page 153.

spinale est plus prononcée que chez le frère : il y a des contractures dans les membres inférieurs qui sont toujours froids.

10° Cas de SCHULE, cité aussi par MARIE. — Jeune fille de 14 ans. Aucun précédent héréditaire ; à 6 ans elle eut un ictère et de l'albuminurie transitoire ; à 7 ans se manifeste brusquement le strabisme et la diplégie, qui durèrent six semaines ; plus tard une paralysie faciale passagère. Au commencement de la neuvième année, fourmillement dans les doigts des pieds et des mains, qui disparut quelques semaines après. A 9 ans elle devint très irritable et paresseuse ; 6 mois plus tard elle eut des vertiges et des vomissements qui durèrent quelques semaines.— A 11 ans et demi, une deuxième paralysie de la motilité (elle avait eu déjà la première à sept ans).

Cette paralysie dura 4 semaines, la laissant faible, et l'incertitude des mouvements devint plus prononcée dans les membres inférieurs ; à 12 ans le strabisme et la diplopie reparurent.

Au commencement de la 13me année, la faiblesse parétique de la moitié du corps devint plus considérable, et une nouvelle paralysie générale passagère se manifesta, qui dura 4 semaines. Le tremblement persistant des 4 membres. A 14 ans nouvelle paralysie passagère, de 4 semaines. — Ensuite, survinrent des douleurs dans le dos ; céphalalgie. — A 14 ans premières règles qui durèrent six semaines. Six mois plus tard, la parole devient scandée ; la jeune fille parle avec difficulté. — A 14 ans et demi elle apparaît trop développée pour son âge, son intelligence est retardée, la diplopie est constante, le nystagmus est léger : la malade ne peut ni se tenir debout, ni marcher. Les muscles des jambes sont atrophiés; remblement. La menstruation est régulière. La céphalalgie et les vertiges sont fréquents, la mastication et la déglutition deviennent de plus en plus difficiles. Un jour elle fut prise d'une brusque paralysie de la déglutition et elle mourut sept jours après. A l'autopsie, on a trouvé des lésions de sclérose au cerveau et à la moelle.

11° Cas de SANNÉ et BARTHEZ. — Petit garçon de 6 ans ; à 4 ans, sans maladie antérieure, et sans aucun phénomène douloureux, il commença à traîner la jambe droite, et six mois après aussi la gauche.

Pendant ses deux premières années, il marchait avec un appui, seulement dans la saison chaude ; aussitôt que les froids survenaient, il ne marchait plus.

L'enfant est très impressionnable : il suffit de le regarder pour exciter les tremblements. Rigidité spastique des muscles du tronc et des cuisses : tremblement intentionnel. On a le phénomène du pied quand on le lève brusquement sans lui donner un coup à la plante. Les courants induits réduisent et quelquefois même arrêtent entièrement et brusquement le tremblement, qui recom-

mence, aussitôt ôtés les réophores. Deux mois après avoir séjourné à l'hôpital, les choses changent aussitôt que l'on applique le courant sur la cuisse, il se produit un tremblement violent dans toute la moitié inférieure du corps, tremblement qui dure quelques minutes et ensuite s'affaiblit. Aucune contraction musculaire apparente pendant ce temps Organes des sens normaux. Il prononce lentement les paroles en bégayant, et avec une intonation toute spéciale. Il a une incontinence des urines et des selles. Remarque : le nystagmus et les tremblements intentionnels ne sont ni bien nets ni constants, au point de faire penser aussi à l'hystérie.

12° Cas de Dawson-Williams. — Ce cas est, par l'auteur, désigné sous le nom de « fausse sclérose disséminée, due à la rougeole » : mais on peut bien le classer parmi les formes atypiques abortives. — Petite fille de 3 ans et 8 mois. Au 4me jour d'une forme ordinaire de rougeole, elle fut prise de convulsions, après lesquelles elle resta sans connaissance pendant 10 jours. Quatre semaines après, apathie, difficulté de la déglutition, mutisme, incapacité à rester assise ou à se tenir debout, et même à s'alimenter, parce que les mouvements des membres supérieurs étaient incertains, et agités d'un tremblement très apparent et incoordonné. Les réflexes rotuliens étaient plutôt vifs : le tremblement des mains s'exagérait quand on observait la malade. A 6 ans la parole est lente, scandée, difficile, l'intelligence faible. A 8 ans l'enfant s'était améliorée, l'intelligence était moins obtuse, et quoique la démarche fût encore spastique, la malade pouvait marcher même longtemps. Tremblement dans les membres supérieurs, pendant les mouvements volontaires. L'enfant buvait sans difficulté, mais elle avalait à gorgées bruyantes. — Réflexes rotuliens prompts. A dix ans clonus du pied : le tremblement, exagéré par l'attention, s'observait dans tous les membres et prenait même la tête. On n'observa jamais le nystagmus.

Notre cas. — Blanche P., 7 ans. Il n'y a point d'hérédité nerveuse ni syphilitique. Dès l'âge de 7 mois, quand elle était encore au sein de sa mère, elle a souffert de fréquents troubles gastro-intestinaux. A un an, grave infection intestinale avec phénomènes nerveux intenses, assoupissement, convulsions. Il lui resta une entérite catarrhale chronique ; à 4 ans elle eut la coqueluche. A 6 ans la rougeole. Jusqu'à l'âge de 2 ans elle a bien dégluti ; mais après, au dire de la mère, l'enfant rejette facilement de la bouche les liquides qu'on lui donne, tandis qu'elle avale plus facilement les aliments solides, particulièrement quand ils lui sont administrés sous la forme qui se rapproche du bol alimentaire. Elle commença à faire les premiers pas vers le 16e mois, et dès cette époque la mère s'aperçut que l'enfant avait une grande faiblesse dans les jambes, et que celles-ci se pliaient facilement sous le poids du

corps, provoquant des chutes très fréquentes. Peu à peu ses jambes se courbèrent, et tout particulièrement la gauche.

Etat présent. Physionomie stupide, intelligence rudimentaire, bouche entr'ouverte; la salive coule abondamment, dents mal placées. Elle ne mâche pas, elle prononce peu de mots d'une manière peu intelligible, et en les scandant nettement.

Elle dit, par exemple, qu'on l'appelle *An-ca* au lieu de *Bianca*.

Dans les mouvements extrêmes des globes oculaires, quand on lui fait suivre un objet, on perçoit un nystagmus léger et passager. Elle a des traces de rachitisme.

L'enfant se présente pliée en avant sur les genoux, avec les bras pendants sur le devant ; elle a une allure qui rappelle celle du singe. Après quelques pas, elle est tout de suite fatiguée. Le membre inférieur gauche se présente dans une position de semiflexion ; il est rigide. Le type de la démarche ne se modifie pas même les yeux bandés. Les réflexes rotuliens sont très vifs. L'enfant est irascible ; elle est souvent agitée la nuit.

Dans toute cette seconde catégorie de cas, les histoires cliniques présentent plusieurs lacunes, par conséquent il n'est guère possible d'établir, dans chacun des cas en particulier, s'il s'agit de formes frustes par épuisement, ou bien de formes abortives. Seulement la recherche soigneuse du passé pouvait nous faire connaître s'il existait, avant, des symptômes que le temps aurait fait disparaître. En tous cas, les observations de sclérose en plaques chez les enfants seront certainement plus nombreuses si l'attention des pédiâtres se porte sur ces formes atypiques et si l'on tient un compte exact d'un élément de diagnostic très important : des désordres oculaires, sur la valeur desquels Charcot a tant insisté.

Il est pourtant établi que la sclérose en plaques est une maladie qui figure dans la pathologie de l'enfance, certainement beaucoup moins fréquemment que dans celle de l'adolescence ; mais toutefois on ne peut pas dire qu'elle y figure très rarement, comme le voudraient beaucoup d'auteurs.

De moins en moins il convient de retenir l'affirmation de Westphall, « que la sclérose en plaques dans l'enfance n'est qu'une fausse sclérose qui guérit, ou qui ne présente à l'autopsie aucune lésion »; et celle de Marie, « que la sclérose en plaques n'existe jamais dans l'enfance et qu'il s'agit toujours ou d'hystérie, ou de sclérose cérébrale ».

Et pourtant ce dernier auteur avait, comme nous l'avons dit, en 1883, recueilli 13 cas de sclérose en plaques dans l'enfance, et en 1892, dans son ouvrage sur les maladies de la moelle, tout en modifiant son opinion sur la fréquence de telles maladies dans l'enfance, et déclarant que dans plusieurs de ses précédentes observations, il s'agissait de sclérose cérébrale lobaire,

ou de quelque autre forme, il finissait par dire « qu'il n'est pas impossible que la sclérose en plaques se manifeste dans l'enfance, mais qu'elle y est extrêmement rare ».

Notre cas, sans doute parmi les plus typiques qui existent dans la littérature, et les autres que nous avons pu recueillir, dont quelques-uns accompagnés d'autopsie, nous autorise à soutenir ce que nous avons déjà dit.

Il résulterait de notre statistique que le sexe masculin est le plus frappé. En effet, comme on le voit dans le tableau ci-joint, parmi les 18 cas typiques et les 13 atypiques, il y a 12 cas de sexe féminin et 19 de sexe masculin. Des autres 6 je n'ai pu relever ni le sexe, ni les autres indications. MONCORVO, au contraire, dans une statistique de 21 cas, en trouve 12 de sexe féminin et 9 de sexe masculin. Même pour les adolescents, selon CHARCOT, la maladie serait plus fréquente dans le sexe féminin.

Il paraît que l'hérédité a une importance spéciale; mais il est rare de trouver la maladie chez plusieurs membres de la même famille, comme on en a des exemples dans les cas typiques 3e, 6e et 10e de notre statistique ; et dans les cas atypiques 8e et 9e.

Ainsi on connaît bien peu de choses sur l'influence directe ou collatérale d'une maladie nerveuse sur l'apparition de la sclérose en plaques. MARIE remarque, dans un de ses cas, une tante hystérique ; dans un autre, la chorée aurait tué un frère; dans un autre, il découvrit en deux frères l'existence de la sclérose en plaques.

Suivant les dernières statistiques, les premiers symptômes de la maladie chez les enfants commencent ordinairement avant l'âge de 7 ans; dans plus de la moitié des cas, de 2 à 5 ans. Le commencement plus précoce, remarqué par POLLAK, a été 5 mois, ainsi que le plus tardif, remarqué par MARIE, a été à 14 ans. Il résulte, en outre, de notre statistique que, dans 15 cas, la maladie commence à se manifester au-dessous de l'âge de 7 ans ; pour 4, dans les premiers mois de l'existence ; dans 4, à l'âge de 7 ans ; dans 5, au-dessus de 7 ans ; dans 3, à époques inconnues.

TOTZKE rapporte aussi un cas où la maladie commença à 5 mois, un autre à l'âge de 14 mois, et deux autres à l'âge de deux ans : il parle en outre de deux cas dans lesquels la maladie aurait commencé à la naissance.

Il est pourtant permis de retenir que, dans ces derniers cas, il ne s'agissait pas d'une véritable sclérose en plaques.

SACHS, qui est une autorité en matière de maladies nerveuses des enfants, dit que le plus jeune des malades de sclérose en plaques qu'il a observé était âgé de 14 ans, et que les premiers symptômes se manifestèrent à 10 ans.

GRASSET, dans son Traité des maladies du système nerveux (1886), admet que l'âge de 7 ans est une limite minima rarement atteinte par la sclérose en plaques pour son apparition. Sur 10 observa-

Nos	AGE	DÉBUT	SEXE	AUTEURS	FORME	MALADIES INFECT. ANTes	OBSERVATIONS
1	15 ans	10 ans	masc.	Schönfeld	typique	roug. scarl.	
2	9	7	masc.	Nolda	typique	?	
3	8	5	masc.	Mensi	typique	scarl. roug.	Prédisp. héréd. amélioration.
4	6	3	fém.	Sanné et Barthez	typique	?	Convulsion par frayeur, guérison.
5	3	2 et 10 m.	fém.	Moncorvo	typique	syph. héréd.	Trait antisyp. guérison.
6	5	trembl. d. les 1ers m.	masc.	Moncorvo	typique	syph. héréd. névrop.	Trait. antisep. amélior.
7	11	4 ans	masc.	Moncorvo	typique	syph. héréd.	Parents consanguins.
8	9	8 ans	masc	Moncorvo	typique	id.	id.
9	6	4	masc	Raymond	typique	scarlatine	
10	8	trembl. d les 1ers m.	masc	Eichkorst	typique	?	Mère et fils autop. positive.
11	9	trembl. à 3 m.	fém.	Stieglitz	moins typ.	érésip. scarl.	
12	11	10 ans	fém.	Stieglitz	moins typ.	?	
13	15	7	fém.	Stieglitz	moins typ.	influenza	
14	9 1/2	8	fém.	Moussous	moins typ.	?	
15	9	7 1/2	masc.	Schabad	typique	?	
16	3	2	masc.	La Bonvy	typique	roug. varic.	
17	6	5	fém.	Massalongo et Silvestri	moins typ.	influenza	
18	7	4	fém.	Sorgente	typique	roug. typh.	Trait. iodique pas d'amélioration.
19	11	7	masc.	Schönfeld	atypique	roug. dipht. scar.	
20	11	5	masc.	Westphall	atypique	?	
21	11	4	masc.	Stadthagen	atypique	?	
22	14	?	masc.	Marie	atypique	?	
23	7	?	masc.	Zenker	très atyp.	?	Autop. sclérose cérébrale.
24	4	?	masc.	Naef	id.	?	
25	7	av. 2 a. 1/2 trembl d. mains	fém.	Frend	atyp. douteuse	?	Les tremblem. augm. après diph. trait. amélior.
26	8, 9 m.	14 mois	masc.	Dreschfeld	atypique	?	
27	7 et 4 m.	ap. 4 ans	masc.	Dreschfeld	atypique	?	Frères.
28	14	7	fém.	Schüle	atypique	Ictère	Intermit. des sympt. autop. sclérose en plaques.
29	6	4	masc.	Sanné et Barthez	atypique	?	
30	3 et 8 m.	env. 4	fém.	Dawson - Williams	atypique	roug.	Amélioration.
31	7	2	fém.	Sorgente	atyp. douteuse	grave inf. intest.	En obs.
32	?	5 mois	?	Pollak	?	?	?
33	?	5 mois	?	Totzke	?	?	?
34	?	14 mois	?	id.	?	?	?
35	?	2 ans	?	id.	?	?	?
36	?	2 ans	?	id.	?	?	?
37	14	10 ans	?	Sachs	?	?	?

tions recueillies en 1898 par le docteur Ropa Landis, dans sa thèse, et toutes rapportées par moi, deux seulement sont attribuées à des enfants au-dessous de 7 ans, et les autres de 8 à 15 ans.

*
* *

Il est intéressant de s'arrêter un instant sur l'étiologie de cette maladie infantile, car, si la plus grande partie des auteurs a accepté la conception exposée pour la première fois par Marie, sur l'influence des maladies infectieuses, et particulièrement des fièvres éruptives, bien peu partagent les idées de Moncorvo, qui veut enregistrer la syphilis parmi les maladies infectieuses capables de produire la sclérose en plaques chez les enfants. Nous avons expressément rapporté les observations de l'auteur brésilien, parce qu'elles nous semblent suffisamment démonstratives de la théorie qu'il a soutenue dès 1882, quoique en contradiction avec Marie. Celui-ci, dans ses leçons sur la sclérose en plaques dans l'enfance, publiées en 1884, exposait l'idée que cette lésion cérébro-spinale probablement n'était qu'une manifestation sur le névraxes d'une maladie infectieuse.

Comme base aux observations recueillies, figurent, parmi les causes, la fièvre typhoïde, la varicelle, l'érysipèle, la petite vérole, la pneumonie, la scarlatine, la rougeole, la fièvre intermittente, la coqueluche, la dysenterie, la diphtérie, le choléra. Dans notre statistique figurent comme causes 5 fois la rougeole, 5 fois la scarlatine, 5 fois la diphtérie, 4 fois la syphilis héréditaire, 2 fois l'influenza, 1 fois l'érysipèle, 1 fois la rougeole, 1 fois la varicelle, 1 fois la pneumonie, 1 fois une infection intestinale, 1 fois la jaunisse et l'albuminurie, 1 fois l'éclampsie. Marie, pour quelques cas, a été forcé d'admettre une infection méconnue, en concluant qu'il n'y a aucune maladie infectieuse qui ne puisse produire la sclérose en plaques. Pourtant, malgré les observations publiées par Moncorvo, il déclare que la syphilis, dans l'étiologie de la sclérose en plaques, semble avoir une action nulle ou bien peu importante. Mais si la simple existence antérieure ou la coïncidence d'une maladie microbienne générale ou locale, comme la coqueluche, a suffi pour établir des liens de causalité avec la production des plaques de sclérose du névraxe, et si Marie admet qu'il n'existe aucune maladie infectieuse qui ne puisse produire la sclérose en plaques, comment exclure la syphilis, qui aujourd'hui est pour tout le monde une maladie infectieuse ? Fournier est d'avis que la syphilis peut déterminer des dégénérations sclérotiques dans le névraxe en agissant spécialement sur le tissu connectif interstitiel, et sur le système arteriel. En 1886, dans ses leçons sur la syphilis héréditaire tardive, il consacre un chapitre à la sclérose en plaques, et dit qu'il admettait depuis longtemps théoriquement la syphilis parmi les causes étiologiques possibles de la sclérose en plaques,

mais qu'aucune observation ni clinique ni anatomique ne s'était encore présentée à lui pour justifier ces vues théoriques. Il trouvait très intéressantes les observations de MONCORVO sur les cas de sclérose en plaques chez les enfants hérédo-syphilitiques. Que l'encéphale puisse être directement affecté par la syphilis héréditaire est un fait déjà démontré par les autopsies de CRUVEILHIER, DANIEL, MOLLIER, VIRCHOW, FERDINAND DREYFOUS, et d'autres qui ont constaté l'existence de méningites aiguës ou chroniques, et de lésions cérébrales développées sous l'influence de cette cause.

En Italie, FOA a rapporté dans la *Riforma medica* (1° trim. 1893, pag. 477) l'autopsie d'un enfant de 3 ans, dont on ignorait l'histoire clinique et l'anamnèse. Il trouva la sclérose dans les circonvolutions cérébrales aplaties, dures, blanchâtres, comme aussi des foyers sclérotiques disséminés dans le corps strié, dans la couche optique, et dans la moelle.

Dans le cœur il y avait des gommes gélatineuses, fraîches; dans le rein, de petites nodosités blanches, dures, limitées à la partie corticale.

Aucune trace de lésion de la vessie, ce qui écartait la possibilité des lésions consécutives à une cystite. FOA conclut qu'il s'agit de lésions syphilitiques qu'aurait données une forme tardive cérébrale. D'ailleurs il est désormais acquis que la syphilis héréditaire est capable de produire des altérations du foie, de la rate, du poumon, du cœur, des reins, de l'intestin, du peritoine.

MARIE admet l'influence positive de la syphilis dans l'étiologie du tabès. BABINSKI veut que le tabès, par la persistance possible d'un certain nombre de cylindraxes dénudés, à cause de l'intensité des altérations vasculaires, par la disparition quelquefois complète de la myéline dans les faisceaux sclérosés, se rapproche davantage, au point de vue de ses caractères, de la sclérose secondaire.

Il faut ajouter que MARIE, dans le traitement de la sclérose en plaques, propose les iodures de potassium et de sodium contre l'élément sclérosé; et contre l'élément infection, il conseille le mercure, non pas comme antisyphilitique, mais comme antiseptique général. Il est maintenant connu que le mercure et ses dérivés ont une action spécifique générale antisyphilitique, tandis qu'ils sont impuissants comme agents antiseptiques internes, dans le sens de prévenir ou d'atténuer la virulence des germes développés dans les organes ou dans le sang, et pour cela, ROBIN dit que cette méthode, qui paraît aussi scientifique et aussi rationnelle, n'est pas applicable à la thérapeutique. — COLLIN ajoute même qu'il y a des maladies où le terrain préparé par le mercure peut exercer un état de réceptivité telle, qu'une maladie intercurrente peut devenir tout de suite plus grave. Dans les Indes, le scorbut est plus grave chez les syphilitiques pendant le traitement mercuriel.

Par conséquent aussi l'efficacité curative que MARIE accorde au mercure contre la sclérose en plaques et qui a donné à MONCORVO des résultats aussi excellents, est une preuve de plus de l'origine syphilitique de la maladie.

En résumé, aucune raison ne justifie l'exclusion de la syphilis du nombre des maladies infectieuses générales capables de produire la sclérose en plaques, et nous y insistons surtout en raison de l'application thérapeutique qui en découle. Dans notre cas, nous avons recherché inutilement la syphilis parmi les antécédents de l'enfant, et n'ayant obtenu aucune amélioration par un puissant traitement antisyphilitique, cela nous a confirmé que là n'était pas la cause étiologique. Il faudra probablement invoquer la rougeole, ou la maladie fébrile qui l'a suivie pendant 20 jours (typhoïde ?), peut-être l'une et l'autre ensemble. Ce qu'il y a de certain, c'est que tout de suite après ces affections commença à se manifester la faiblesse dans les deux extrémités inférieures. OPPENHEIM est un des rares auteurs à constater le lien étiologique entre les maladies infectieuses et la sclérose disséminée, en s'appuyant sur la marche lente et le contraste de celle-ci avec les autres maladies nerveuses d'origine infectieuse, comme la névrite multiple.

Toutefois, quand, comme dans notre cas, la maladie se développe tout de suite après une infection, il est difficile d'éliminer un rapport de cause à effet. Ce rapport a été aussi démontré par MARIE, par TORTI et ANGELINI, par MARCHIAFAVA, etc. Ce dernier nous fournit aussi la démonstration anatomo-pathologique dans un cas de pernicieuse bulbaire, avec thrombose parasitaire et nécrose de coagulation consécutive des cellules et fibres nerveuses arrosées par les vaisseaux thrombosés. C'est un processus embolique qui va créer çà et là des foyers qui aboutiront à la sclérose. De la même manière on pourrait expliquer l'action de poisons d'origine bactérienne ou autre. Voilà la question que se posent encore les auteurs les plus récents. CHARCOT, à la tête de l'école française, admet que l'atrophie avec dégénérescence, et la disparition des éléments nerveux, est la conséquence de la compression qu'exerce sur eux la prolifération conjonctive.

Cette prolifération aurait, selon l'opinion de MARIE et JENDRASSICK, son point de départ périvasculaire. Ces observateurs, en effet, purent les premiers constater, grâce à des procédés de colonisation plus perfectionnés, des lésions à leur début avec la présence d'un tissu réticulaire très abondant dans les espaces périvasculaires. Faute d'autres observations, les auteurs cités ne peuvent pas affirmer que les altérations périvasculaires étaient vraiment la conséquence d'une artérite, parce que les parois artérielles, quoique épaissies, présentaient des altérations bien moins avancées des zones environnantes. On pouvait, en tout cas, retenir comme certaine l'origine périvasculaire du processus sclérotique dû, selon

toute probabilité, à la pénétration dans la circulation d'un élément infectieux ou toxique, et on ne voit pas de raison pour éliminer l'infection syphilitique.

C'est à peu près aux mêmes conclusions qu'arriva chez nous le docteur CENI (1), qui, avec la coloration Weigert-Pal, a vu que le processus morbide est caractérisé particulièrement par la dégénération et la disparition consécutive des éléments du parenchyme et par une immigration exagérée des éléments lymphoïdes, processus qui peut avoir son origine autant dans les espaces lymphatiques périvasculaires, que dans les espaces lymphatiques de la pie-mère et de l'épendyme.

Les Allemands, au contraire, croient que la destruction des éléments nerveux n'est pas liée à un simple phénomène mécanique de compression, mais que leur dégénération est primitive et que la prolifération du tissu connectif est secondaire pour remplacer la substance fondamentale disparue.

GOWER s'appuie sur la première opinion parce que, si la lésion devait commencer par les éléments nerveux, nous devrions trouver les lésions propres à la myélite, à une inflammation ordinaire, ce que nous ne trouvons pas.

A mon avis, les deux théories pourraient bien s'accorder, parce que je crois que le processus morbide doit être considéré comme un fait complexe auquel prennent part tous les éléments. Ce qui est certain, c'est que l'origine primitive doit être vasculaire dans le sens que c'est par les artérioles qu'arrive l'élément pathogène infectieux ou toxique. Les parois artérielles seront plus ou moins touchées; mais les éléments qui sont à proximité subiront l'influence de sa présence: les éléments nerveux, comme plus sensibles, moins résistants, seront plus ou moins atteints de lésions allant d'une simple altération passagère réparable (cas qui se terminent par la guérison) à la dégénération et à la nécrose, à la destruction irréparable : les éléments conjonctifs, d'une part sous l'action de l'élément morbigène, comme aussi sous l'irritation déterminée par la présence des éléments morts, entreront dans un processus de prolifération, auquel prendra part aussi l'immigration leucocitaire, avec terminaison finale en tissus sclérotiques.

Les autopsies que nous possédons jusqu'à présent de SCHÜLE et de ECHKORST (pour parler seulement des plus typiques) démontrent que chez les enfants on trouve les mêmes lésions que chez les adultes.

Aussi le tableau clinique et symptomatologique de la sclérose en plaques chez les enfants n'a aucune particularité propre, et répond à la description classique qu'en a faite CHARCOT.

Le commencement de la maladie est presque toujours lent et insidieux.

(1) Giornale internazionale delle Science mediche. 1893. fas. 19.

Notre cas, typique sous tous les points de vue, en offre un exemple.

L'enfant, peu de temps après la dernière maladie fébrile, commença à se plaindre de faiblesse dans les jambes : la marche le fatiguait vite, il tombait avec facilité ; les mouvements étaient difficiles. Survint bientôt le tremblement, avec sa caractéristique de s'accentuer particulièrement quand le but du mouvement allait être atteint. La paralysie et le spasme des membres inférieurs augmentèrent, en même temps que se manifestaient le nystagmus et le bégaiement de la parole qui finit par être nettement scandée.

Aussi le tableau clinique de la maladie était complet, et il n'y avait plus aucun doute possible quant au diagnostic.

A propos du tremblement intentionnel, je rappellerai que le plus grand nombre des auteurs l'expliquent en admettant que l'excitation, l'impulsion volitive, ne se borne pas à ces cellules ou à ces fibres nerveuses qui doivent animer les muscles servant au mouvement que l'on veut exécuter, mais se multiplie et se répand aux éléments cellulaires qui sont à proximité, ou bien il y a dispersion d'excitation volitive.

CHARCOT attribue cette diffusion de l'excitation volitive à la destruction de la gaine myélinique, et à la conservation du cylindraxe dans la moelle. VULPIAN et d'autres, au contraire, l'attribuent à l'altération des éléments nerveux, des cellules encéphaliques, et disent que l'on a ce tremblement spécialement quand la sclérose se trouve dans le pont de Varole et dans sa partie antérieure.

Que le tremblement intentionnel puisse en effet se vérifier indépendamment de toute altération de la moelle, cela est démontré aussi parce que, quelquefois dans les tumeurs cérébrales, on peut avoir le tremblement intentionnel.

WESTPHAL a rapporté un cas de sclérose chez un enfant de 9 ans où la base anatomique était constituée par une tumeur de la couche optique gauche qui remplissait le ventricule latéral correspondant.

*
* *

Dans la sclérose en plaques, il y a ensuite des symptômes qui varient, pour ainsi dire, avec chaque cas. La sensibilité, par exemple, est souvent conservée, d'autres fois altérée ; les sphyncters sont souvent respectés, l'intelligence peut rester intacte, ou bien elle est retardée, comme dans le cas de notre petite malade, ou abolie jusqu'à l'imbécillité. — La symptomatologie de la maladie se développe d'ordinaire lentement et progressivement, quelquefois avec des périodes d'arrêt ou d'aggravation.

Dans notre cas, elle se développa sans interruption pendant environ 3 ans. On trouve aussi fréquemment des lésions oculaires, comme on le voit dans les différents cas que nous avons recueillis,

et aussi dans notre enfant où il y avait pâleur de la pupille droite et atrophie blanche du nerf optique à gauche.

On peut en dire autant pour les contractures et pour la rigidité spastique des membres. — L'état général peut se maintenir assez satisfaisant ; ce fut le cas pour notre petite fille.

Il est important aussi de rappeler l'attention des pédiâtres sur cette catégorie que SACHS, COMBY et d'autres admettent, c'est-à-dire sur les formes atypiques.

En plusieurs cas la triade symptomatique de CHARCOT ne se retrouve pas complète, soit parce qu'il y a une localisation spéciale des plaques, soit parce que la maladie ne s'est pas encore complètement développée. Ainsi, par exemple, nous avons le type bulbaire (SPITZKA), où les symptômes habituels ne sont pas aussi évidents que quand les autres parties du système nerveux sont frappées ou au moins sont cachées par des symptômes spéciaux dus à la localisation spéciale des foyers sclérotiques. Les formes frustes, abortives, trouvent leur explication dans la possibilité d'une atteinte légère, superficielle, de l'agent pathogène, avec altération des éléments nerveux plus ou moins réparable, et avec légère participation de l'élément connectif qui ne va pas jusqu'à la formation du tissu sclérogène. Une atteinte plus grave des vaiseaux sanguins pourrait donner raison des rares formes hémiplégiques ou apoplectiformes qui signalent le début d'une sclérose en plaques, comme l'aurait observé POLLAK. Quelques symptômes, comme les vertiges, les désordres oculaires, etc., pourraient n'être pas tout de suite remarqués par les parents, ni suffisamment considérés par les médecins, à cause de la rareté des observations, et des notions insuffisantes de ces formes frustes de la sclérose.

Il ne faut pas non plus oublier que la manifestation des symptômes peut être tardive ou précoce suivant la manière différente de réagir des organismes, ou les différents modes d'action de l'élément pathogène dans le système nerveux.

*
* *

La sclérose en plaques doit être distinguée chez les enfants :

a) De la myélite et de ses dégénérations secondaires, par son mode de début, par la succession de ses manifestations secondaires et par l'absence de symptômes cérébraux ;

b) De l'ataxie locomotrice par les douleurs fulgurantes, par la démarche toute particulière, par l'abolition des réflexes, par les désordres s'exagérant dans l'obscurité ;

c) De la maladie de Freidreich, qui est héréditaire, se manifeste dans la puberté, par l'abolition des reflexes, par l'incoordination plus que par la paralysie des mouvements, par l'absence des spasmes des contractures ;

d) De la sclérose cérébrale qui a un début aigu (polioencépha-

litis) avec convulsions surtout au début, avec paralysie consécutive spastique, le plus souvent unilatérale ou au moins prédominante, avec atrophie des membres affectés, avec nulle tendance à avancer, et fréquemment avec idiotie, parfois avec athétose, etc.;

e) De la maladie de Little qui est une affection congénitale, due d'ordinaire à un accouchement laborieux, ou prématuré, et dont la caractéristique est de s'améliorer progressivement avec l'âge ;

f) De la paralysie spinale infantile qui a un début brusque, amène une atrophie exagérée, a un caractère nettement flaccide, avec abolition des réflexes, etc. ;

g) De l'hystérie, en ce que, quand même il y aurait un tableau simulant la sclérose en plaques, il est toujours facile de trouver les autres notes propres à l'hystérie.

Sachs parle aussi d'un cas de tremblement héréditaire observé chez une jeune fille de 12 ans, chez laquelle il pensa à un commencement de sclérose en plaques, parce que le tremblement s'exagérait dans les mouvements volontaires. Il la suivit pendant 5 ans sans apercevoir de nouveaux symptômes, et apprit ensuite que le père et l'oncle avaient, dans leur première jeunesse, présenté les mêmes symptômes.

*
* *

La sclérose en plaques a, comme nous l'avons dit, ordinairement une marche lente; elle peut durer plusieurs années, mais rarement les malades dépassent l'âge de 45 à 50 ans. Selon le plus grand nombre des auteurs, il paraît que la maladie est absolument inguérissable. Cependant il y a quelques cas de guérisons radicales obtenues (Rilliet et Barthez). Moncorvo, avec ses cas, démontre que, quand la maladie a un lien avec la syphilis, elle peut s'améliorer beaucoup et même guérir.

Il est naturel que le traitement doit être commencé le plus près possible du début de la maladie, lorsque les lésions anatomiques sont en évolution active, parce que si on est arrivé à la destruction des éléments nerveux, à la formation du tissu cicatriciel sclérotique, il est impossible d'espérer aucun résultat favorable. De notre statistique, sur 37 cas il y a eu 2 guérisons et 3 améliorations.

En d'autres conditions certainement le pronostic, quant à la guérison, est ordinairement défavorable. Quand on constate ou que l'on soupçonne la syphilis, on doit tout de suite entreprendre un traitement énergique antisyphilitique (frictions mercurielles, iodure de potassium) et même, comme nous l'avons fait, avec des injections hypodermiques de solution hydrargirique, et iodo-iodurées.

Le traitement doit aussi être continué le plus longtemps pos-

sible, même après la disparition de tous les phénomènes nerveux. S'il n'y a pas à combattre la syphilis, c'est naturel qu'il y a bien peu à espérer du traitement spécifique, et alors on peut tenter les révulsifs sur la colonne vertébrale. Notre petite fille eut des avantages passagers (selon l'assurance des parents) des pointes de feu, elle eut une diminution du nystagmus.

Sachs conseille le repos au lit, les bains tièdes le matin, chauds le soir; l'application de courants galvaniques (les faradiques augmenteraient la rigidité spastique des muscles); le massage, enfin le nitrate d'argent pour apaiser les douleurs. Pour résumer, je crois que l'on peut énoncer les conclusions suivantes :

1° La sclérose en plaques est une maladie que, bien que rarement, on peut rencontrer dans l'âge infantile ;

2° La limite inférieure de l'âge auquel elle a été observée est le 5e mois ;

3° Elle peut se manifester sous la forme classique ou sous la forme *fruste* ou *atypique*, mais avec le même tableau que chez les adultes ;

4° Les maladies infectieuses, surtout les maladies éruptives, ont une influence positive, un rôle étiologique incontestable dans le développement de la sclérose en plaques ;

5° Il n'y a pas lieu d'exclure la syphilis des infections capables de déterminer les formations sclérotiques insulaires dans le système nerveux ;

6° La guérison de la sclérose en plaques est possible seulement lorsque la syphilis est en cause, ou quand la lésion anatomique des éléments nerveux n'est pas assez profonde pour en empêcher la réintégration.

7° Le traitement antisyphilitique est, par conséquent, le seul qui puisse donner des chances de guérison, et qui devra toujours être essayé, pour la raison qu'il y a aussi souvent des cas de syphilis ignorée, et que *melius est anceps quam nullum experiri remedium*.

LE RHUMATISME CHEZ LES ENFANTS

Par George F. STILL,

Médecin assistant pour les Maladies Infantiles à King's-College

Le rhumatisme est une de ces nombreuses maladies qui montrent les différences considérables qui peuvent exister entre les manifestations d'une même affection suivant qu'elle survient chez l'adulte ou chez l'enfant. On conçoit le rhumatisme comme essentiellement une maladie des jointures, lorsqu'on l'observe chez l'adulte ou l'adolescent ; mais lorsqu'on examine ses manifestations chez les enfants, on la considère d'une manière plus large

et certainement plus correcte, comme une maladie générale, probablement de nature infectieuse.

Chez l'enfant, les manifestations articulaires sont au second plan : en se plaçant au point de vue clinique, on pourrait dire qu'un enfant peut être atteint très sérieusement de rhumatisme sans avoir jamais eu la moindre douleur articulaire. Dans quelques-uns des cas les plus graves d'endocardite, dont la nature rhumatismale était affirmée par la présence de nodules rhumatismaux, il n'y a jamais eu aucune douleur dans les articulations.

On sait que souvent chez l'enfant les symptômes articulaires sont si peu prononcés qu'ils passent inaperçus des parents, qui souvent les mettent sur le compte des douleurs de croissance, de sorte que l'enquête la plus minutieuse ne peut révéler la présence de ces douleurs transitoires intérieures dont on n'a pas gardé le souvenir. En dehors de ces cas qui sont volontairement et le plus souvent inconsciemment dissimulés, il existe des cas non douteux de rhumatisme dans l'enfance, dans lesquels les manifestations articulaires semblent avoir fait complètement défaut.

J'insiste dès le début sur cette particularité, car il me semble que nous devons élargir notre conception du rhumatisme si nous voulons bien comprendre les relations qui existent entre ces phénomènes semblant disparates qui font du rhumatisme infantile une question si compliquée.

Si l'on voulait établir la frequence du rhumatisme des enfants sur le nombre des cas qui viennent réclamer des soins pour des phénomènes articulaires, ce serait se méprendre sur la grande quantité de cas survenant au premier âge. Et même, si l'on ne considérait que les symptômes articulaires, on commettrait une grosse erreur : car les phénomènes articulaires sont si légers chez les enfants que, comparativement, un petit nombre des cas dans lesquels on les observe sont soumis au médecin jusqu'à ce qu'une cardiopathie grave ou des phénomènes choréiques obligent les parents à recourir à un avis médical.

Bien plus même, les affections cardiaques peuvent se développer comme symptôme primitif de rhumatisme infantile; et quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur les relations de la chorée avec ce rhumatisme, l'association de la chorée avec d'autres symptômes de rhumatisme (surtout les affections cardiaques et les nodules rhumatismaux) où il n'y a pas de localisations articulaires, nous oblige à comprendre dans nos statistiques non seulement les cas de chorée dans lesquels il y a eu en même temps, ou auparavant, des symptômes articulaires, mais aussi beaucoup d'autres, si nous voulons nous former une idée exacte de la fréquence du rhumatisme infantile.

Les données suivantes peuvent servir à mettre cela en évidence. Sur 226 cas de chorée que j'ai eu à observer, 116 avaient eu, soit

en même temps, soit auparavant, du rhumatisme articulaire (douleurs dans les membres ou les jointures) avec ou sans affection du cœur ou nodules rhumatismaux ; quatre n'avaient eu aucun symptôme articulaire, mais une maladie du cœur et des nodules de rhumatisme : deux avaient des nodules rhumatismaux avec des bruits cardiaques ou des symptômes articulaires ; quatre avaient des bruits systoliques ou diastoliques de la pointe : 14 avaient seulement des bruits systoliques de la pointe sans symptômes articulaires ni nodules.

Si l'on exclut les cas qui ne s'accompagnent que de bruits systoliques de la pointe, on peut estimer à 55,7 0/0 les cas qui ont été soignés pour chorée d'origine franchement rhumatismale, et il est évident que, à moins que ces cas ne soient compris dans les statistiques de rhumatisme, la fréquence de cette maladie chez les enfants sera estimée à un taux tout à fait trop peu élevé.

D'ailleurs ces cas figurent trop souvent dans les statistiques comme chorée seulement, et cela est peut-être la cause pour laquelle le rhumatisme est une maladie de l'âge adulte et de l'adolescence plus que de l'enfance, tandis qu'à Londres tout au moins, le rhumatisme est probablement plus fréquent dans la deuxième moitié de l'enfance, de 6 à 12 ans. que chez les sujets plus âgés.

A l'hôpital King's-College, à la consultation externe des enfants où on ne voit que les enfants âgés de moins de dix ans, sur 1.000 cas consécutifs, il y avait 229 enfants entre 6 et 10 ans ; sur ces 229, 13,1 0/0 présentaient du rhumatisme (3,5 0/0 étaient soignés pour du rhumatisme, le reste étaient des maladies du cœur oude la chorée, dans lesquelles il y avait du rhumatisme, soit par l'association des symptômes, soit par l'existence antérieure de phénomènes articulaires) ; et si on comprenait les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans, certainement le pourcentage serait toujours plus élevé.

La fréquence du rhumatisme chez les malades de l'hôpital est indiquée par les chiffres suivants. Pendant les années 1897 et 1898, on a reçu 681 enfants à l'hôpital de Great Ormond Street : 149 étaient atteints de chorée, 63 d'endocardite et 38 de rhumatisme articulaire. Les observations manquent dans 29 cas de chorée ; mais dans les 120 autres cas, 67 avaient des signes de rhumatisme (soit rhumatisme articulaire antérieur, soit endocardite, sans tenir compte des bruits systoliques de la pointe de nature douteuse) : de sorte que sur 681 enfants, 168 présentaient du rhumatisme, c'est-à-dire 24,7 0/0.

De tels chiffres comprennent les cas de chorée dans lesquels il y a des signes de rhumatisme au cœur ou dans les membres sous forme de nodules; mais il est possible que grâce à la bactériologie, la chorée puisse, dans quelques cas au moins, être directement ou indirectement le résultat d'une infection rhumatismale,

et être considérée à juste titre comme une manifestation rhumatismale aussi bien que les symptômes articulaires. S'il en était ainsi, la chorée, comme les affections du cœur et les nodules rhumatismaux, pourrait précéder les symptômes articulaires dans quelques cas, et même être la première, sinon l'unique manifestation clinique du rhumatisme.

Les récentes recherches des Drs POYNTON et PAINE sur l'étiologie du rhumatisme sembleraient confirmer ces vues, qui s'accorderaient parfaitement avec la clinique ; mais jusqu'à ce qu'une nouvelle preuve soit fournie, on ne peut que supposer qu'un nombre considérable de cas de chorée chez les enfants sans autre manifestation rhumatismale doit rentrer dans nos statistiques, si nous voulons montrer la grande fréquence du rhumatisme dans l'enfance.

Les chiffres précédents montrent suffisamment, je crois, que le rhumatisme est une affection des plus communes chez les enfants. Dans la première période de l'enfance, le rhumatisme est beaucoup moins fréquent, et chez les nouveau-nés, il est tout à fait inconnu.

Plusieurs cas supposés de rhumatisme chez des enfants depuis l'âge de 12 heures et au dessus ont été rapportés ; les uns sont douteux : le plus petit nombre est authentique. Sur 740 enfants avec du rhumatisme articulaire ou cardiaque, ou avec de la chorée, je n'ai pas vu un seul cas au-dessous de deux ans. Le plus jeune était un enfant de 2 ans et 5 mois, présentant du rhumatisme articulaire aigu. Sa sœur aurait eu sa première attaque à l'âge de 18 mois ; j'ai vu un autre cas à deux ans et demi avec une endocardite grave : il aurait eu une attaque de rhumatisme articulaire un mois auparavant. Dans un cas, la première attaque de chorée aurait commencé à l'âge de 2 ans, et, dans un autre, c'est à ce même âge qu'aurait débuté le rhumatisme articulaire. J'ai eu récemment à soigner un enfant avec chorée, rhumatisme articulaire et endocardite à l'âge de 2 ans et dix mois, et un autre enfant de deux ans et demi avec endocardite grave, dont la nature rhumatismale fut confirmée par l'apparition consécutive d'un gros nodule de rhumatisme au coude. Les symptômes du rhumatisme infantile, comme nous l'avons déjà dit, diffèrent de ceux de cette affection chez l'adulte, surtout par leur caractère d'être plus aigu, et par la plus grande fréquence des affections cardiaques.

Nous avons déjà signalé plus haut les douleurs dans les membres, comme signe de rhumatisme infantile, et la clinique nous apprend que ces douleurs des membres, distinctes des douleurs articulaires, sont aussi significatives du rhumatisme chez les enfants, que les articulations tuméfiées, rouges et douloureuses. Cela est prouvé par ce fait qu'il est très fréquent de voir des enfants avec ces douleurs vagues dans les membres, le mollet ou

la cuisse, présenter d'autres signes de rhumatisme aigu, comme l'endocardite, la péricardite ou les nodules rhumatismaux, et même une tuméfaction limitée et de la douleur dans les jointures peuvent précéder immédiatement ou suivre ces douleurs dans les membres.

Il faut noter que, même lorsqu'il n'y a que ces douleurs légères et vagues, un examen des articulations peut montrer qu'elles sont réellement atteintes. Tout récemment, chez un enfant à la consultation externe de l'hôpital de Kings-College, l'examen habituel montra un épanchement considérable dans un genou, alors que l'enfant ne se plaignant que de douleurs vagues dans les membres, ne l'empêchant pas de marcher, on n'aurait pu supposer la possibilité d'une pareille affection articulaire.

Au point de vue pratique, il est important de ne pas méconnaître la signification de ces légères douleurs dans les membres chez les enfants, douleurs de croissance, comme on les appelle à tort. Elles peuvent être une indication des plus précoces de rhumatisme, et, comme telles, indiquer l'imminence du danger. Si l'on n'y prend garde, on permet l'éclosion de symptômes plus graves, et il est probable que par un traitement énergique à cet âge, on peut arriver à faire disparaître ces douleurs, et à prévenir les affections du cœur qui sont, dans le rhumatisme infantile, si affligeantes. Certainement ces douleurs vagues réclament la plus grande attention; et chez un enfant qui les présente, on doit surveiller l'habillement, l'habitat, et éviter qu'il ne s'expose au froid et à l'humidité. En présence de ces douleurs vagues chez un enfant, il faut vérifier l'état du cœur : car ces douleurs de croissance banales peuvent être associées ou consécutives à une affection cardiaque aussi grave que celle qui se développe dans un rhumatisme articulaire suraigu.

A propos des symptômes articulaires, je puis mentionner une particularité sur laquelle le Dr Barlow a le premier appelé mon attention : c'est la fréquence de la localisation à la hanche dans le rhumatisme infantile. C'est un point important au point de vue du diagnostic, car il arrive parfois que chez les enfants le rhumatisme reste localisé à une jointure pendant plusieurs jours. Une telle localisation monoarticulaire est souvent extrêmement embarrassante, et lorsqu'elle siège à la hanche, elle peut facilement faire penser à un début de tuberculose, et conduire à des erreurs grâce à la localisation presque indéfinie de la douleur chez les enfants. J'ai reçu, à l'Hôpital des Enfants, un malade envoyé pour une pérityphlite, un autre pour une intussusception, et un troisième avait subi la circoncision à cause d'une vague douleur dans l'aine droite, qui fut suivie quelques jours plus tard d'un rhumatisme généralisé. Une autre douleur très commune est celle qui siège au creux poplité, souvent même sans être accompagnée de rhumatisme dans l'articulation du genou.

La raideur du cou est aussi un autre symptôme important, parce qu'elle est souvent la manifestation la plus précoce du rhumatisme chez l'enfant. Il semble que ce soit une affection banale ; mais, comme les douleurs vagues ou les raideurs des jambes, elle est souvent suivie ou accompagnée d'un rhumatisme cardiaque grave. J'ai vu plusieurs cas d'endocardite associés à des nodules rhumatismaux chez des enfants qui n'avaient présenté d'autres symptômes de rhumatisme que la raideur du cou.

La fréquence des affections cardiaques est une des caractéristiques du rhumatisme infantile. Sur 170 cas autant que possible consécutifs de manifestations rhumatismales, 128 avaient des souffles cardiaques qui, dans 93 cas, étaient certainement dus à l'endocardite.

Mais l'endocardite et la péricardite ne sont pas du tout les seuls résultats du rhumatisme cardiaque, et chez les enfants, probablement à un degré beaucoup plus marqué que chez les adultes, la dilatation cardiaque est souvent un produit du rhumatisme, comme l'a fait observer le Dr Lees. Dans quelques cas, cette dilatation, associée à l'irrégularité et à la rapidité du cœur, peut être l'unique signe clinique de l'affection cardiaque ; et dans beaucoup de cas c'est certainement le symptôme le plus précoce.

Il ne serait pas déplacé de signaler ici le dépérissement général qui accompagne si souvent le rhumatisme cardiaque chez les enfants, et qui semblerait être un symptôme beaucoup plus marqué chez les enfants que chez les adultes. On voit souvent des enfants qu'on nous amène pour de l'amaigrissement, et les parents ne se sont pas doutés que l'enfant ait jamais eu des rhumatismes ou une affection du cœur, quoique l'examen révèle une maladie du cœur très avancée, et l'enquête fait découvrir l'existence de douleurs vagues dans les muscles pendant les derniers mois.

Les nodules sont une des manifestations importantes du rhumatisme infantile. L'examen histologique démontre que ces nodules sont absolument analogues au dépôt fibrineux observé sur l'endocarde ou le péricarde enflammé, et leur association presque toujours constante avec l'endocardite fait supposer qu'ils dépendent de la même cause, quelle que soit la nature de l'irritation rhumatismale. Cette conception s'accorde avec la clinique, qui montre que, chez les enfants tout au moins, ces nodules sont presque, sinon complètement, un signe concluant de rhumatisme.

Tandis que chez les adultes, ces nodules sont rares, chez les enfants ils se développent avec une fréquence suffisante pour qu'ils soient d'un intérêt pratique important. Dans 50 cas consécutifs de rhumatisme articulaire infantile au-dessous de 12 ans, 23 présentaient des nodules, c'est-à-dire, environ la moitié des cas ; et même, en englobant les cas de chorée (avec ou sans signe de rhumatisme) et les cardiopathies rhumatismales sans phéno-

mènes articulaires concomitants, j'ai trouvé des nodules 55 fois sur 200 cas à peu près consécutifs, c'est-à-dire 27,5 0/0.

Mais ces statistiques provenaient des cas admis à l'hôpital des Enfants Malades, et par conséquent ne s'appliquent qu'aux cas les plus graves et donnent un pourcentage trop élevé pour la moyenne de la fréquence des nodules rhumatismaux. A la consultation externe, où les cas les plus légers sont compris, la fréquence des nodules dans les cas de chorée ou de rhumatisme articulaire ou cardiaque ne dépasse probablement pas 10 0[0 (quelques chiffres de ma consultation donnent 9 sur 84).

L'importance pratique de ces nodules chez les enfants est très grande. En elle-même, leur présence est un signe de rhumatisme et permet de déterminer le caractère des autres symptômes, comme les douleurs dans les jambes, les souffles cardiaques, lorsqu'on hésite sur leur nature. On peut mettre en doute que ces nodules soient toujours l'unique manifestation du rhumatisme ; certainement il est extrêmement rare de les trouver isolés à l'exclusion d'autres phénomènes rhumatismaux ; mais, comme je l'ai déjà dit, ils peuvent survenir avec la chorée sans autre signe clinique de rhumatisme, ce qui est important à signaler au point de vue du rapport de la chorée avec le rhumatisme.

L'étroite association de l'endocardite avec ces nodules a aussi son importance clinique : car même, si on ne trouve aucun signe d'endocardite, la présence des nodules ferait songer à l'état du cœur. Dans quelques-uns des cas peu nombreux dans lesquels j'ai vu des nodules de rhumatisme sans trace des lésions cardiaques, je n'ai pas tardé à voir apparaître des signes nets d'endocardite, peu de jours ou peu de semaines après l'apparition des nodules.

Bien plus, la présence des nodules chez un enfant est très importante au point de vue du pronostic : leur fréquente association avec l'endopéricardite grave rend leur signification extrêmement grave, alors que d'autre part le pronostic semblait moins défavorable. Dans beaucoup de ces cas, la cardiopathie devient mortelle plus ou moins longtemps après ; mais son évolution peut être lente. Un des cas les plus graves que j'aie vus avec de nombreux et gros nodules et une endocardite semblait être pire lorsque je le revis trois ans plus tard, bien qu'il y eût encore beaucoup de nodules. Récemment j'ai encore vu un enfant qui, il y a trois ans, avait eu plusieurs nodules et un souffle systolique apexien pendant une attaque de rhumatisme articulaire ; le souffle disparut avant de sortir de l'hôpital ; actuellement on n'en entend plus, et l'enfant semble en bonne santé. Dans un autre cas, le cœur était normal, et l'enfant semblait parfaitement bien trois ans et demi après une attaque de chorée, pendant laquelle on avait observé beaucoup de nodules de rhumatisme, avec un souffle systolique à la base du cœur.

Comme symptôme de rhumatisme chez les enfants, de même que chez les adultes, il faut signaler l'angine. L'amygdalite se développe si souvent juste avant le début de douleurs de rhumatisme chez les enfants qu'il est difficile de ne pas conclure à un rapport direct, peut-être moyen, d'infection avec le rhumatisme; parfois le rhumatisme présente de l'exacerbation à la suite de l'angine. Inutile de décrire ici les manifestations cutanées du rhumatisme chez les enfants, car ils ne se présentent pas plus particulièrement chez eux, et ne diffèrent pas de ce que l'on observe chez l'adulte.

Dans le rhumatisme infantile, on n'observe pas, comme chez les adultes, ce que l'on appelle le rhumatisme cérébral, ou l'hyperpyrexie rhumatismale. On se serait attendu à ce que la grande nervosité, si particulière aux enfants atteints de rhumatisme, aurait favorisé le développement de cette complication; mais le Dr Cheadle déclare que le cas le plus jeune qu'il ait observé avait trait à un malade âgé de 13 ans. Le Dr Gee a vu un cas à l'hôpital des Enfants Malades chez un enfant de 6 ans et demi, qui au cours d'un rhumatisme articulaire aigu sans cardiopathie ni chorée, a présenté du délire et une hyperthermie fatale, 41° 4.

Quand on voit beaucoup d'enfants rhumatisants, on est frappé de la fréquence de certains symptômes d'ordre secondaire, que l'on ne décrit habituellement pas comme signe de rhumatisme, et qui cependant paraissent avoir le rapport le plus étroit avec cette affection, et, à mon avis, il est important au point de vue pratique de reconnaître leur association.

Un malaise très fréquent dont se plaignent ces enfants est une douleur dans l'estomac : d'après mon expérience, on l'observe surtout chez ceux qui ont eu des phénomènes articulaires et des douleurs vagues dans les membres. La douleur est habituellement rapportée à l'épigastre, et quelquefois est assez violente pour faire pleurer l'enfant; plus souvent, elle est légère et transitoire ; parfois elle ne se fait sentir qu'après les repas, dans d'autres cas elle n'a aucun rapport avec eux. L'association de ce phénomène avec les douleurs vagues des membres ou des articulations, fait supposer que ces douleurs dans l'estomac peuvent siéger dans les muscles abdominaux, mais je crois plutôt qu'elles sont d'origine gastrique, et dues à un état catarrhal en rapport avec le rhumatisme.

Un autre signe que j'ai noté moins souvent est la douleur au côté, habituellement à la partie inférieure de l'aisselle, sans qu'aucun autre signe puisse faire penser à une pleurésie, et sans une affection du cœur qui pourrait l'expliquer. Cette douleur de côté est peut-être due à du rhumatisme des muscles intercostaux, mais jamais ne coexiste d'autre symptôme de rhumatisme dans les jointures ou au cœur.

Un autre malaise fréquent chez les enfants rhumatisants ou issus de parents rhumatisants, est le mal de tête : parfois il peut

dépendre de quelque catarrhe gastrique, comme il a été dit ci-dessus; dans d'autres, suivant le Dr GOODHART, il est associé à l'anémie : parfois encore, il est un des signes de névropathie qui est toujours si marquée chez ces enfants; néanmoins il me semble difficile de ne pas admettre que, dans quelques cas, il est en rapport plus ou moins direct avec le poison rhumatismal, qu'il soit d'origine bactérienne ou non : la fréquente association du mal de tête avec la chorée semble favoriser cette hypothèse.

Si l'on considère l'énorme influence du rhumatisme infantile, il faut tenir compte non seulement de ces symptômes qui semblent être des manifestations directes du rhumatisme, mais aussi de ces phénomènes relativement plus éloignés qui chez les enfants sont si souvent associés au rhumatisme ou à l'hérédité rhumatismale.

A mon avis, un des caractères les plus importants est le tempérament nerveux signalé par le Dr GOODHART : l'enfant rhumatisant est par excellence un nerveux. Dans beaucoup de cas, cela se traduit par une hyperexcitabilité exceptionnelle, soit dans les jeux, soit dans le plaisir ; d'un autre côté, c'est parfois une excessive timidité ; chez d'autres plus âgés, c'est une sensibilité et une sauvagerie presque maladives.

On peut aussi citer l'association fréquente du rhumatisme avec les terreurs nocturnes. Dans 16 cas sur 37, le Dr GOODHART a trouvé une parenté avec le rhumatisme, et d'une étude de 30 cas, le Dr GRAHAM LITTLE conclut qu'un nombre important de cas se rencontre chez des sujets rhumatisants avec maladie du cœur : dans ma pratique personnelle j'ai observé la fréquence de l'association du rhumatisme et des terreurs nocturnes, et, dans un autre mémoire, j'ai indiqué la même association avec les terreurs diurnes.

Le somnambulisme est une autre des névroses auxquelles sont sujets ces enfants. Ils parlent facilement pendant leur sommeil, et ont de l'insomnie dès qu'ils ont eu la moindre excitation.

Il m'a semblé qu'il était fréquent d'observer des habitudes de spasme chez les enfants rhumatisants ; dans quelques cas, elles coïncidaient avec des douleurs dans les membres ou les jointures ; chez d'autres il y avait de forts antécédents de rhumatisme. En général, le caractère du mouvement, la limitation au clignotement subit ou au tressaillement du nez, ou à une rotation latérale momentanée de la tête les a distingués de la chorée ; mais dans quelques-uns des cas avec mouvements plus compliqués, leur nature est moins certaine : car leur association avec le rhumatisme fait penser à une chorée limitée, et plus d'une fois j'ai vu des spasmes d'habitude survenir chez des enfants rhumatisants qui avaient eu de la chorée auparavant.

Une diarrhée lientérique est un autre malaise que j'ai souvent observé chez les enfants rhumatisants : l'irritabilité spéciale de

l'intestin, qui se traduit par un besoin d'aller à la selle immédiatement après le repas, quelquefois même avant qu'il soit fini, est certainement un phénomène nerveux. J'ai vu souvent ce phénomène chez les enfants que j'ai eu à soigner et qui étaient rhumatisants ou avaient des antécédents de rhumatisme. Il ne faut pas oublier cette fréquente association de ces névroses chez les enfants rhumatisants si l'on considère les rapports de la chorée avec le rhumatisme ; mais la clinique établit une relation plus étroite entre la chorée et le rhumatisme.

Il est enfin un autre phénomène qu'il faut noter chez les enfants rhumatisants, quoiqu'il puisse exister aussi chez les adultes : c'est l'association d'une chevelure rouge avec le rhumatisme et l'hérédité rhumatismale. Je regrette de ne pas avoir en main des statistiques suffisantes, mais l'observation suivante en est une preuve.

En 4 jours, j'ai eu à la consultation externe onze enfants à cheveux rouges : deux étaient soignés pour du rhumatisme articulaire ; l'un avait du gonflement et de la douleur dans les genoux ; sa mère avait les cheveux rouges et souffrait souvent dans les membres ; la sœur et le frère de sa mère avaient eu de la fièvre rhumatismale ; l'un avait des douleurs dans les genoux, sa mère avait du rhumatisme, trois autres avaient une histoire de fièvre rhumatismale chez leur père ou leur mère ; un autre avait de la chorée ; un autre avait un frère soigné pour du rhumatisme ; deux sur onze n'avaient ni chorée ni rhumatisme, ni chez eux ni chez leurs ascendants. Je crois bien que cette teinte de cheveux n'est qu'un indice d'une particularité spéciale, peut-être dans la chimie du métabolisme qui produit un sol favorable à l'infection rhumatismale, et, par suite, on n'observe l'association que lorsque l'infection est développée. C'est là un bien petit signe ; mais néanmoins, c'est une de ces indications qui peuvent avoir beaucoup de valeur pour dépister de bonne heure le rhumatisme infantile.

L'importance d'un diagnostic précoce du rhumatisme chez les enfants n'échappera pas à ceux qui connaissent la fréquence des cardiopathies dans le rhumatisme infantile.

Il y a peu de tableaux aussi tristes que celui d'un enfant mourant de rhumatisme cardiaque, et c'est en faisant attention aux petites choses, aux moindres indications, à ces douleurs vagues et à ces diverses associations qui caractérisent le rhumatisme infantile, que nous pouvons espérer que, dans quelques cas tout au moins, on pourra prévenir ces terribles conséquences que l'on voit trop souvent dans le rhumatisme infantile négligé (1).

(1) *Polyclinic*, 1901.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Coqueluches frustes et coqueluches ignorées. — R. SAINT-PHILIPPE (1). — Il est des maladies de l'enfance qui se cachent, qui passent inaperçues, qu'il faut dépister : telle la scarlatine; telle encore *la coqueluche*, qu'on n'a pas assez signalée comme pouvant être, elle aussi, insidieuse, fruste, incomplète, comme pouvant rester longtemps ignorée.

La toux spasmodique et quinteuse classique, avec ses saccades expiratoires répétées et bruyantes, suivies ou entrecoupées de la reprise sifflante inspiratrice, est un type facile à retenir, facile à reconnaître, qui prêterait difficilement prise à l'erreur s'il était constant. On rencontre à cet égard les variétes les plus nombreuses et parfois les plus étranges. Déjà TROUSSEAU avait indiqué des cas où le spasme caractéristique avait manqué pendant toute la durée de la maladie : c'est la coqueluche sans quintes, coqueluche fruste, à rapprocher des *morbilli sine morbillis*, des scarlatines sans éruption, etc. M. SAINT-PHILIPPE a vu nombre de faits où la quinte était remplacée par de l'éternuement —coqueluche sternutatoire — ou par une sorte de hoquet, de spasme tronqué, comme étranglé — coqueluche expiratrice — ou enfin par une toux simplement tenace, opiniâtre, fatigante — coqueluche grippoïde.

On risque de méconnaître la spécificité de la maladie si l'on n'a pas ces formes présentes à la mémoire, et plus sûrement si l'on n'assiste pas à la quinte ou si l'on s'en remet au dire des parents.

Or les conséquences de cette erreur dans le diagnostic nosologique peuvent être très fâcheuses pour le malade On sait avec quelle facilité se font chez les enfants les infections secondaires, qui aggravent singulièrement la maladie primitive. Chez les coquelucheux non reconnus, la bronchite, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie. l'emphysème, s'installent lentement, mais sûrement, revêtant la forme subaiguë et parfois chronique. On dit que les enfants ne cessent pas de s'enrhumer et que leurs « rhumes » sont interminables. Leur état général périclite, la nutrition laisse à désirer, les forces s'en vont, ils maigrissent, se voûtent et s'étiolent. On parle de tuberculose, et on les gorge d'huile de foie de morue.

Si l'on pratique l'auscultation, les signes sont rarement négatifs. On trouve surtout des râles sonores. Mais on trouve aussi des râles sous-crépitants disséminés à la partie moyenne des deux poumons, ou aux deux bases, où siègent les lésions bronchitiques et atélectasiques, tandis que l'emphysème pulmonaire, dit vicariant ou compensateur, siège au sommet et en avant. Par-

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 février 1901.

fois, on n'entend rien ou presque rien. C'est que l'enfant respire mal ou insuffisamment, que les lésions sont centrales et masquées par des lames de poumon aéré et perméable. Qu'on provoque à l'aide d'un artifice quelconque (cri, toux, inspiration forcée) le déplissement total de l'organe, on arrivera aisément à déceler des bouffées de râles fins, du souffle sifflant, des signes évidents de phlegmasie pulmonaire. Du côté du cœur, par la percussion, on reconnaîtra l'exagération de volume, la dilatation, portant surtout sur les cavités droites, qu'un léger retentissement du premier bruit à l'auscultation et une coloration violacée, pseudo-cyanotique des lèvres et du visage, viendront confirmer. Fréquemment on trouve du côté du nasopharynx des signes de catarrhe ancien, avec sécrétion abondante. Parfois les amygdales sont hypertrophiées; d'autres fois c'est le tissu adénoïdien. Le thorax est étroit et bombé, les épaules hautes, la respiration courte, un peu comme chez les asthmatiques adultes.

Ces faits, qui constituent proprement la coqueluche *prolongée*, sont relativement fréquents à tout âge, mais de préférence chez des enfants de trois à dix ans. M. Saint-Philippe en a trouvé chez qui la coqueluche durait depuis cinq et six ans. Dans son service d'hôpital, il y a actuellement trois fillettes chez qui on a découvert une coqueluche ancienne supportant l'une une bronchectasie, l'autre une trachéo-laryngite grave, l'autre de la congestion chronique du sommet du poumon droit — peut-être et sans doute avec adénopathie trachéo-bronchique — chez qui, par exemple, il y avait conservation parfaite de l'état général et de l'appétit.

Toutes les fois qu'un enfant se présente comme atteint de toux ancienne, de susceptibilité bronchique ou d'accidents pulmonaires, on devra donner une place au soupçon de la coqueluche non reconnue et non étiquetée, tout comme on songe aux végétations adénoïdes ou à la tuberculose.

Puis on ouvrira une enquête minutieuse. On s'entourera de tous les renseignements relatifs au genre de vie de l'enfant, aux camarades qu'il a pu fréquenter, aux cas de coqueluche qui ont pu exister dans son entourage, à l'école, dans le quatier, dans la famille.

On s'informera si l'enfant crache (les enfants qui *crachent*, sauf de rares exceptions, sont des coquelucheux plus ou moins vieux); s'il vomit le matin au réveil; s'il est réveillé, surtout la nuit, par de la toux qui dure; s'il a quelquefois des épistaxis. On recherchera si le thorax n'est pas un peu déformé, si le visage n'a pas conservé un certain degré de bouffissure, si le frein de la langue ne présente pas une petite plaie cicatricielle.

On aura surtout recours au *grattage de la trachée*. Ce moyen consiste à peser avec le pouce sur la partie médiane de la trachée et à imprimer à l'appareil un mouvement brusque de déplacement de droite à gauche et de gauche à droite. La toux part, le spasme

se produit avec violence, comme si un déclenchement se produisait; et si l'on insiste, on amène de véritables quintes suivies d'expulsion et parfois de vomissements. La coqueluche ne peut faire de doute.

Eruption généralisée consécutive à une anesthésie par le chlorure d'éthyle (1). — LAUNOIS. — Une enfant de onze ans, à laquelle on voulait enlever des végétations adénoïdes, est endormie avec du chlorure d'éthyle. La durée de l'inhalation dépassa trois minutes, mais on ne peut préciser la quantité d'anesthésique employé.

Après l'ablation des végétations, l'enfant fut remise dans son lit : elle eut des nausées, mais ne vomit pas. La journée se passa sans incident.

Au milieu de la nuit elle fut réveillée par une sensation de cuisson au niveau du bras droit, et le lendemain matin, à la visite, elle se montra couverte d'une éruption sous forme de larges placards d'un rouge vif, chauds, à bords surélevés de 2 à 3 millimètres comme ceux de l'urticaire, mais sans plaques blanches centrales. Il y a à leur niveau une sensation de prurit et de cuisson. Les plaques sont entourées de peau saine et n'affectent aucune symétrie : il y en a sur toute la face de flexion du bras droit et la face d'extension du bras gauche, sur la face qui est bouffie, sur le dos, la poitrine, le ventre, la face interne des cuisses. Pas d'élévation de température générale, pas de malaise, pas d'état saburral de la langue, pas d'albumine. Le soir 38° et les plaques étaient plus rouges et plus saillantes ; de nouvelles avaient apparu, notamment à la face.

Le lendemain de l'anesthésie, l'éruption avait presque totalement disparu, sauf quelques petites plaques, larges comme des pièces de 20 centimes, à la partie inférieure et postérieure des deux bras et à la face dorsale de l'avant-bras. La face était un peu bouffie, les yeux un peu larmoyants, et la malade se plaignait d'une sensation intermittente de douleur et de picotement à la paume des mains. Dans la journée tout rentra dans l'ordre.

Méningite cérébro-spinale au cours d'une grippe. — M. RENDU communique à la Société médicale des hôpitaux (2) l'observation d'un enfant de cinq ans chez lequel une grippe, à localisations naso-pharyngiennes prédominantes, fut le point de départ d'une méningite cérébro-spinale, ou, tout au moins, d'accidents rappelant ce syndrome.

S'agit-il d'une grippe avec accidents méningés ou d'une méningite cérébro-spinale distincte de la grippe ? Il est assez difficile de se prononcer. On ne trouva pas de microbes dans le liquide de la

(1) *Lyon Méd.*, 25 nov. 1900.
(2) Séance du 1er février 1901.

ponction lombaire. Les bains chauds (à 38°) furent employés. Le petit malade a guéri.

Kirschken im linken Hauptbronchus (*Noyau de cerise dans la bronche principale gauche*). — Fritz Gernsheim (1). — On put s'assurer dans ce cas observé chez un enfant de sept ans, par l'auscultation de la trachée, que le corps étranger siégeait plus bas, et la suppression du murmure respiratoire dans le poumon gauche montra qu'il devait être dans la grosse bronche de ce côté. Pour l'extraire on fit la trachéotomie, et on introduisit par la plaie une sonde courbée afin de provoquer des accès de toux, mais sans résultat. D'autres tentatives ne furent pas plus heureuses, et on vit apparaître des symptômes qui firent craindre une pneumonie suppurée. On put enfin le déplacer avec une tige courbée terminée par un anneau, et après des mouvements de va-et-vient, il arriva au niveau de la canule, et l'extraction devint possible. Aussitôt après, la respiration devint normale dans le poumon gauche ; la guérison de la plaie fut complète et rapide.

Uber gehaufter Auftreten und Gelegenheit-unsachen der Poliomyelitis. (*Epidémicité et causes de la poliomyélite*), par le Dr Julius Zappert (2). — L'auteur rapporte l'histoire d'une véritable épidémie de poliomyélite qui sévit à Vienne et dans ses faubourgs pendant l'année 1898. Comme le fait avait déjà été noté par les anciens observateurs, c'est *pendant l'été* que cette épidémie s'est manifestée. De 1886 à 1897 on avait relevé, à la clinique des maladies nerveuses, 35 cas de janvier à juillet et 75 de juillet à décembre. Or dans cette année 1898 on n'avait observé dans les premiers mois de l'année que quelques cas sporadiques, lorsque en juillet le nombre des cas monte brusquement à 5, à 11 en août, à 12 en septembre, chiffre qui n'avait jamais été atteint jusque-là. En octobre, le nombre des cas retombe à 4, à 3 en novembre, et on n'en constate qu'un seul en décembre. En résumé, si on compare le nombre des cas de poliomyélite observés en 1898 et en 1899 on trouve :

En 1898, mois de janvier à juin, 5 cas ; de juillet à décembre, 37 ;
En 1899, — 2 — 4.

Certains auteurs, Médin entre autres, se basant sur la coexistence de la maladie chez plusieurs sujets d'une même famille, avaient admis la *contagiosité* de celle-ci. Dans l'épidémie que relate Zappert, il n'a jamais constaté aucun fait de ce genre, non seulement dans une famille, mais même dans la maison où un cas avait été soigné. Il repousse donc l'idée de la contagiosité.

La coïncidence de poliomyélite avec la polioencéphalite a été relevée par Strümpel et par Médin ; on ne peut qu'être frappé

(1) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1900.
(2) *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1er février 1901, p. 125.

également des chiffres que donne ZAPPERT au sujet de la fréquence de l'encéphalite dans les périodes correspondantes à celles où la poliomyélite donnait le plus de cas : c'est ainsi que dans les années antérieures à 1898, on relève de 7 à 8 cas par an, tandis qu'on en relève le double, 15, en 1898.

ZAPPERT a pu rapprocher de ses chiffres ceux qui lui ont été fournis par la clinique de Krafft-Ebing, qui montre qu'en 1898 il y a eu 13 cas de poliomyélite, contre 4 ou 5 dans les années précédentes et 7 en 1899.

Même observation a été faite par AUERBACK à Francfort-sur le Mein. De mai à décembre 1898, il observa 15 cas de poliomyélite, dont 9 pendant les mois d'été, mai à septembre, alors que la moyenne habituelle de sa clinique est de 2 ou 3 malades de ce genre.

ZAPPERT ne pense pas qu'il y ait de relation directe au point de vue étiologique entre la méningite cérébro-spinale épidémique et la poliomyélite, ni entre celle-ci et les infections gastro-intestinales, et il la considère bien comme une maladie spécifique, autonome.

Il est naturel alors qu'il n'attribue pas, dans la pathogénie de la maladie, aux *maladies infectieuses des voies respiratoires* en particulier, la part qu'on tend à leur reconnaître. Quoi qu'on pense de cette opinion, il faut bien y voir un peu d'exagération, quoique plus loin ZAPPERT relève dans les antécédents *immédiats* de ses malades six fois la *rougeole*, deux fois la *scarlatine*, et trois fois la *diphtérie* ; dans ce dernier cas on a fait le diagnostic avec la paralysie diphtérique. Enfin notons un cas consécutif à l'*érysipèle* et un autre chez un enfant atteint d'*echtyma*.

Rappelant alors les travaux des auteurs français (ROGER, GILBERT, THOINOT, CHARRIN) qui avec les microbes divers ont reproduit chez les animaux une maladie plus ou moins analogue à la poliomyélite, ZAPPERT considère celle-ci comme le résultat d'une infection médullaire. Cette infection peut être produite par un microbe inconnu dont les maladies générales citées plus haut exaltent la virulence ; ou bien par des microbes divers déterminant, par leur localisation médullaire identique, le même tableau morbide.

Entre temps, il a fait bonne justice des vieilles influences pathogéniques : la dentition, les émotions, l'hérédité, le refroidissement ; et il n'admet pas l'existence d'une poliomyélite fœtale.

H. BARBIER.

CHIRURGIE INFANTILE

Ostéomyélite bipolaire de l'humérus et du tibia. — Paralysie radiale résultant de la section du nerf par un sequestre. — Suture nerveuse secondaire. — Guérison — M. NOVÉ-JOSSERAND a présenté à la Société de chirurgie de Lyon (1) un petit malade entré à la Charité,

(1) Société de chirurgie de Lyon, séance du 31 janvier 1901.

le 27 novembre 1897, pour une ostéomyélite aiguë. Cet enfant, âgé alors de 8 ans 1/2, subit à ce moment des opérations multiples : trépanation, évidement et immobilisation de l'humérus et du tibia, ablation de l'astragale, qui enrayèrent les phénomènes infectieux.

La convalescence fut longue et compliquée par des accidents multiples : élimination d'un gros sequestre comprenant toute la région juxta-épiphysaire supérieure de l'humérus, fracture pathologique du tibia, élimination de petits sequestres du foyer tibial.

Au mois de mai 1899, l'enfant revenait de faire un séjour à l'hospice des convalescents de Longchêne, lorsqu'on s'aperçut qu'il présentait une paralysie radiale complète. D'après les renseignements qui nous furent donnés, celle-ci se serait produite, trois semaines auparavant, sans traumatisme ni accident quelconque. L'examen montra, au niveau de la face interne du bras, dans son tiers inférieur, une tuméfaction légère, limitée, de l'étendue d'une pièce de 2 fr., de consistance assez molle et douloureuse à la pression.

Une intervention parut nécessaire. Le 10 juin, le nerf ayant été systematiquement recherché et découvert, on le trouva sectionné; le bout supérieur, renflé en névrome terminal, n'était séparé du bout inférieur que par un intervalle d'un demi-centimètre; il sembla même que quelques fibres conservées formaient un pont entre les deux segments. Au-dessous se trouvait un lit de fongosité, dans lequel était englobé un sequestre lamellaire dont le bord coupant correspondait bien à la section nerveuse.

Avivement du nerf qui fut suturé par deux points interstitiels au catgut fin.

Le 20 octobre 1899, on notait déjà quelques symptômes de restauration fonctionnelle : la main n'était plus en griffe, le malade relevait son poignet jusque sur le prolongement de l'avant-bras. Mais les mouvements des doigts étaient encore presque nuls.

Le 7 février 1901 l'enfant est revu, présentant depuis environ trois mois un retour complet de la fonction de son membre. On constate, en effet, que la main et les doigts peuvent exécuter tous les mouvements actifs d'extension avec leur amplitude normale.

Cet enfant présente, en outre, au niveau de la jambe une déformation intéressante. Par suite de l'arrêt de croissance du tibia, le péroné, continuant à grandir, se luxe en haut et en arrière, formant une forte saillie dans le creux poplité, tandis que le pied tend à se mettre en varus.

Ce fait est intéressant au double point de vue de la pathogénie de la lésion nerveuse et de sa grandeur. Il ne paraît pas douteux que la paralysie soit attribuable à l'action du sequestre sous-jacent au nerf : elle s'est, en effet, produite bien longtemps après les interventions sanglantes faites sur l'humérus, et indé-

pendamment de toute cause traumatique. D'autre part, il est bon de souligner le fait de la restauration fonctionnelle complète obtenue au bout d'un temps relativement long ; à ce point de vue, l'auteur rapproche de ce fait un autre cas de suture nerveuse pour une déchirure produite pur une fracture de l'humérus. L'observation est reproduite dans la thèse de Bellissent, son élève.

Il s'agit d'une fillette de 7 ans qui, en tombant sur l'angle saillant d'un petit mur, se fit une fracture sus-condylienne de l'humérus. Le médecin appelé ne constata rien d'anormal ; il appliqua un bandage silicaté qui fut laissé en place quinze jours, pendant lesquels l'enfant se plaignit constamment d'une douleur au niveau de la région dorsale du pouce. L'appareil enlevé, on trouva une paralysie radiale incomplète, le long supinateur étant resté indemne.

Opération le 23 juillet 1900, soit un mois et demi après l'accident. On trouve le nerf radial complètement sectionné par l'arête vive d'un fragment osseux, au-dessous de la naissance du rameau du long supinateur. Les deux extrémités sont renflées et distantes d'environ 1 centimètre. Après résection à la pince-gouge de la partie saillante de l'arête, le nerf est avivé et suturé par trois points interstitiels au catgut.

Le 11 octobre, on note que l'extension du poignet est devenue possible; mais les doigts restent encore immobiles. Cependant, le retour complet de la fonction ne se fait pas attendre et, à la fin d'octobre, c'est-à-dire au bout de trois mois, la guérison est complète.

Dans ce second cas, la restauration fonctionnelle a été beaucoup plus rapide que dans le premier, puisqu'elle n'a demandé que environ 100 jours.

Enfant opéré de pied-bot par le procédé de Phelps. — M. André a présenté à la Société de médecine de Nancy (1) une malade opérée de pied-bot par le procédé de Phelps. Il s'agit d'une fillette de onze ans et demi, qui présentait un double pied-bot varus congénital très prononcé avec fort enroulement de la plante, mais peu d'équinisme. La malade marchait sur le bord externe des pieds. L'opération, comportant la section de toutes les parties molles du côté interne et l'ouverture de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, permit, en faisant bâiller largement la plaie, de redresser le pied d'une façon satisfaisante. Les deux pieds furent opérés à quelques jours d'intervalle. L'enfant porta pendant environ trois mois des appareils plâtrés, avec lesquels elle marchait dans les derniers temps, puis elle fut soumise à des séances quotidiennes de massage qui achevèrent de donner aux pieds une forme satisfaisante. Actuellement la marche se fait bien sur la plante des deux pieds.

(1) Séance du 14 février 1901.

Pied-bot varus équin double traité par le redressement manuel méthodique. — M. Frœlich (1) présente un petit garçon de onze mois qui était atteint d'un pied-bot varus équin congénital double des plus prononcés.

Le varus faisait regarder la plante du pied en dedans et en haut.

L'enroulement avait produit une flexion extrême de l'avant-pied sur l'arrière-pied. L'équinisme, enfin, était tel que le pied et la jambe faisaient un angle ouvert en arrière et qu'il amenait un pli de flexion au-dessus du talon. En moins de quinze jours ce pied-bot double a été complètement redressé comme on peut le voir, et sans ténotomie du tendon d'Achille, ténotomie qui est rarement indiquée dans le pied-bot charnu. Chaque étape du redressement partiel était chaque fois fixée par une bande de flanelle, par une attelle externe et enfin par l'appareil à traction élastique en diachylon et caoutchouc.

M. Frœlich profite de cette présentation pour étudier d'un façon générale le traitement du pied-bot. Pour les pieds-bots qui n'ont pas encore marché, le procès est gagné : il n'y a qu'un seul traitement utile et infaillible, c'est le redressement manuel méthodique.

Pour les pieds-bots qui ont marché, quel que soit leur âge, le redressement forcé sous le chloroforme est seul pratiqué par les chirurgiens allemands.

M. Frœlich ne partage pas d'une façon absolue cette manière de voir.

Dans quatre cas où il a pratiqué ce redressement chez des enfants de 3 à 6 ans, une seule séance n'a pas amené le redressement, et M. Frœlich a dû pratiquer une tarsectomie cunéiforme postérieure (opération de M. Gross) avec redressement manuel complémentaire. Dans deux autres cas, M. Frœlich a obtenu en une seule séance un redressement complet par le redressement forcé sous le chloroforme, et le massage complétant un de ces redressements a été pratiqué sur un malade du service de M. Weiss

Pour expliquer ces différences dans les résultats, l'auteur croit qu'il faut distinguer les pieds-bots qui ont marché en deux catégories :

1° Les pieds-bots charnus, ramassés sur eux-mêmes, en forme de pilon ;

2° Les pieds-bots osseux et tendineux, dont les os et les tendons sont nets et saillants.

Les premiers ne peuvent guérir par une seule séance de redressement forcé sous le chloroforme ; quatre ou cinq séances seraient nécessaires.

Les seconds se redressent le plus souvent dans un seul redressement forcé sous le chloroforme.

(1) Séance du 28 novembre 1900.

M. FRŒLICH croit que les premiers doivent être tarsectomisés de façon à ne faire qu'une seule intervention sous le chloroforme, mais que, dès que la plaie est fermée, il faut pendant six mois ou un an encore faire du redressement manuel, car tout tarsectomisé qui n'est pas massé récidive fatalement.

Les seconds pieds-bots, ostéo-tendineux, doivent être traités par le redressement forcé sous le chloroforme et le massage complémentaire.

La conclusion générale pour le traitement des pieds-bots sera donc la suivante. Il n'existe qu'un seul traitement efficace pour redresser les pieds-bots qui ont marché ou ceux qui n'ont pas encore marché, c'est le redressement manuel méthodique, aidé, pour les pieds-bots qui ont marché, soit d'un redressement forcé sous le chloroforme, soit d'une tarsectomie cunéiforme, suivant les cas.

Empalement d'un enfant sur une tige de fer. — M. ROCHET (1). — Le petit malade en question tomba, du haut d'une échelle, sur une tige de fer placée debout dans le coin d'une remise. L'extrémité libre de la tige, qui était mousse, entra à côté de l'anus, par le périnée, perfora le rectum à quatre centimètres environ au-dessus de l'anus, suivit la cavité du rectum pendant un certain temps, puis perfora de nouveau le rectum pour passer entre lui et la vessie, et vint, en traversant tout le reste de l'abdomen, ressortir à un travers de doigt au-dessous et à gauche de l'ombilic. Il y eut des symptômes de péritonite, des vomissements bilieux; on mit de la glace sur le ventre et on donna de l'opium. Au bout de trente-six heures, les médecins qui le soignaient pratiquèrent une laparotomie qui leur montra, dans le péritoine, du sang, mais pas de matière fécale, ni d'urine. On draina le péritoine par la plaie abdominale et par l'orifice traumatique périnéal, au moyen d'une mèche et d'un drain, et on attendit. Les phénomènes de péritonite disparurent, et on put croire le malade guéri. Bientôt il ne put plus uriner spontanément par l'urèthre, et on vit que les urines passaient par la plaie rectale. La vessie était vide, ainsi que le démontrait le cathétérisme. On endormit de nouveau le malade, on mit une sonde à demeure qui permit l'écoulement des urines, sauf lorsqu'elle venait à s'obstruer : les urines passaient alors par le rectum. Un mois après, on put sans inconvénient retirer définitivement la sonde, et tout paraissait guéri. Mais bientôt apparurent tous les symptômes des calculs vésicaux . douleurs, hématurie, arrêt brusque du jet d'urine. Un calcul engagé dans l'urèthre put être enlevé par les voies naturelles; mais bientôt de nouveaux accidents calculeux se produisirent, et c'est alors que le malade me fut adressé. A ce moment l'enfant, qui souffrait, se

(1) Séance du 28 novembre 1900.

prêtait mal à l'examen : je ne pus sentir le calcul. La famille se refusait à me laisser pratiquer la taille, de sorte que, après quelques hésitations.je finis par faire la lithotritie. Je pus,aprés anesthésie, faire le broiement assez facilement,bien que la partie gauche de la vessie eût comme disparu, alors que la partie droite était bien conservée. On avait la sensation que la vessie était obstruée vers la gauche, comme par une cloison fibreuse tendue d'avant en arrière. Le toucher rectal faisait percevoir, en ce point, une sorte de lame résistante, cicatricielle, se continuant avec la cicatrice saillante dans la cavité de la vessie. Le calcul phosphatique principal semblait du volume d'une grosse amande, il était accompagné de plusieurs petites concrétions, mais beaucoup moins volumineuses.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Deux cas de mélœna « neo natorum » traités par le sérum gélatiné. — M. Commandeur a rapporté à la Société des Sciences médicales de Lyon (1) deux observations de mélœna « neo natorum » traités par le sérum gélatiné.

Le premier enfant, de 2.580 grammes, était né en présentation du siège et expulsé spontanément. Le lendemain on constate, dans les selles, une notable quantité de sang mélangé au méconium. On fait une injection intrarectale de 7 centimètres cubes de sérum gélatiné.

L'enfant est mis en couveuse. Il tète mal et on doit le gaver. L'hémorrhagie ne se renouvelle pas.

L'état général reste mauvais pendant la première semaine. La température initiale, qui était de 35°8, ne se relève d'une façon permanente, à 36°7, que vers le sixième jour. L'enfant perd 300 grammes dans les dix premiers jours, mais il en regagne 70 les jours suivants. Il sort en bonne voie.

Le deuxième cas est celui d'un enfant de 2.870 grammes extrait par le siège après conversion spontanée d'une présentation de l'épaule. Il eut, le deuxième jour, une élévation de température à 38°2 pour retomber, le lendemain, à 36°8. Le troisième jour, on constate la présence de sang noir dans les selles. On fait une injection intrarectale de 8 centimètres cubes de sérum gélatiné. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas et l'enfant se développa rapidement sans le secours de la couveuse ni du gavage. Il avait pris, à la sortie de l'hôpital, le quinzième jour, 200 grammes.

Ces observations peuvent être raprochées de celle de Guttmann (d'Emmendingen). Il s'agissait d'un enfant qui, trente-six heures après sa naissance, eut un mélœna grave. Guttmann fit dissoudre trois feuilles de gélatine dans un quart de litre d'eau chaude. Il administra une moitié en lavement, l'autre moitié par voie stomacale. L'hémorrhagie s'arrêta le lendemain et l'enfant guérit.

(1) Séance du 13 février 1901.

ANNALES
DE
MÉDECINE ET CHIRURGIE
INFANTILES

CLINIQUE

Hôpital de Hagenau. — Clinique du Pr BIEDERT.

UN CAS DE PÉRITYPHLITE

AVEC PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE DÉCLARÉE DÈS LE DÉBUT ET FORMATION D'UN ABCÈS DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS. PÉNÉTRATION DES BACTÉRIES DANS LA VESSIE AVEC CYSTITE SECONDAIRE CONSÉCUTIVE. GUÉRISON EN QUELQUES MOIS PAR LE TRAITEMENT INTERNE. PAS DE RÉCIDIVE.

Par le Dr Adolphe WINTER, assistant.

Cette courte communication me paraît digne d'être portée à la connaissance du monde médical aussi bien par l'intérêt qu'elle présente en elle-même que par le fait de se rattacher à une autre observation du Dr PEREZ ALLAN, sur un cas d'appendicite avec abcès ouvert dans la vessie, publiée dans le n° 1 de 1901 de cette revue.

Un nommé Karl Schaub, âgé de 6 ans, fils de coiffeur, a été amené à l'hôpital de Hagenau le 4 janvier 1899. Le petit malade se sent mal à l'aise et apathique depuis le 28 décembre 1898, et accuse des douleurs à l'hypogastre droit survenues depuis le 30 décembre. La température anale prise à ce moment pour la première fois était de 39°4 le matin, de 39°8 le soir. Depuis, elle oscillait entre 38°2 et 38°5. Le 28 et le 30 décembre, on a donné au malade des lavements suivis de résultat. Depuis le 3 janvier il y a diarrhée et les douleurs sont constantes.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constata de la matité à la ligne médiane de l'abdomen s'étendant en haut jusqu'au-dessus de l'ombilic ; cette limite descendit à 1/2 travers du doigt au dessous de l'ombilic aussitôt après le cathétérisme. A ce moment l'abdomen était tuméfié au niveau de l'épigastre et douloureux dans toute son étendue, aussi bien spontanément qu'à la pression. Au niveau de la région de Mac-Burney, rien de particulier à noter. Cependant il existait une sensibilité bizarre de la région prévésicale avec rétention d'urine. Cette dernière nécessita, aussi bien les deux premiers jours que dans la suite, le cathétérisme, et ce n'est que vers le 11 janvier qu'on constata pour la première fois la présence dans les urines, acides, de nombreux corpuscules de pus.

Le traitement consista d'abord en repos absolu au lit, en

l'application d'une ceinture de Priessnitz, en l'administration d'une mixture à l'opium (16 gouttes s. 120,0), une demi-cuillerée à soupe toutes les deux heures, et en régime sévère (250 gr. de lait pour 750 d'eau avec 35 gr. de sucre de lait par jour, et toutes les deux heures une cuillerée à soupe de mélange de crème et d'eau à 1 : 3 d'après Biedert. Depuis le sixième jour, application d'une vessie de glace à l'abdomen en remplacement de la ceinture de Priessnitz et administration de 250 gr. de lait pour 750 d'eau avec 25 gr. de sucre de lait.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs se sont considérablement calmées, les limites de la matité ont varié, s'étendant tantôt plus à droite, tantôt plus à gauche, pour se fixer, à partir du 8 janvier, c'est-à-dire au dixième jour de la maladie, à la moitié droite de l'abdomen. Définitivement fixée, la matité remontait en tout à 2 ctm. au-dessous de l'ombilic; à gauche elle s'étendait jusqu'à l'épine iliaque antéro-inférieure, à droite elle allait jusqu'au rebord costal, en recouvrant le point de Mac Burney. De plus, à droite la matité se distinguait en avant par une résistance plus grande. Cette portion est devenue tuméfiée le 13 janvier, et l'on n'a pu constater nettement une tumeur du volume d'un œuf de poule au niveau du point de Mac Burney que vers le 31 janvier, quand les phénomènes généraux de péritonite se sont calmés. Déjà le 11 janvier on s'est aperçu par le toucher rectal d'une tumeur dure de la grosseur d'une petite pomme rappelant par sa forme la prostate. Pas de fluctuation aucune. Plus tard la tumeur, qui semblait diminuer à vue d'œil, rétrocéda complètement d'une manière spontanée.

Mais ce qui nous a surtout intéressé dans ce cas et nous l'a fait classer dans la même catégorie que celui du Dr Perez Allan, c'est la complication du côté de la vessie que nous avons observée et qui, tout en ne s'étant pas terminée par la rupture de la vessie, donnait lieu de craindre cette terminaison. Nous nous sommes, pour ce motif, demandé quelque temps s'il ne fallait pas recourir à l'intervention chirurgicale dans le but de vider le foyer profondément situé et qui envoyait des prolongements dans la paroi vésicale, entretenant par là une cystite continuelle. Si le cas d'Allan démontre qu'une perforation d'un foyer purulent et très virulent dans la vessie, si redoutée autrefois, peut se terminer favorablement, le nôtre prouve que, même sans pénétration dans les organes voisins, un abcès peut être mené à la résorption, et que peut-être le traitement prophylactique par des injections, en débarrassant le contenu de la vessie de bactéries et en entretenant par là la résistance naturelle de la paroi qui sans cela serait lésée, est capable de prévenir l'usure de la paroi de la vessie.

Dans notre cas caractérisé par des frissons multiples survenus au cours de son évolution, on pouvait déjà, au septième jour, apercevoir de nombreux corpuscules de pus dans les urines aussitôt

après que la région prévésicale tout entière est devenue douloureuse. Les urines, claires au début, sont devenues troubles au bout de trois jours ; elles ont conservé leur réaction acide, sauf une fois, où, pendant un temps assez court, elle est devenue alcaline. Depuis le septième jour de la maladie, c'est-à-dire dès l'apparition des corpuscules de pus, on pratiquait tous les jours des injections vésicales d'acide borique à 1 %.

Malgré ces injections, des flocons de pus et le trouble des urines persistèrent encore assez longtemps. Le sédiment, très abondant, des urines contenait de multiples petites sphères d'urate d'ammonium et de nombreux corpuscules de pus, mais je n'ai pas observé d'élimination de masses purulentes plus abondantes, comme dans le cas de Perez Allan. Les urines contenaient toujours également de gros amas de bactéries. Toutes ces manifestations, variables dans leur intensité et cédant sensiblement à l'influence des injections, ont duré près de sept semaines.

Le début de la convalescence coïncida presque avec leur disparition. Cependant, le malade, après une amélioration presque complète, a eu brusquement, il y a 15 jours, une rechute avec frissons qui a de nouveau aggravé son état. Il en a été débarrassé par le même traitement, c'est-à-dire par l'application de glace et l'emploi de l'opium, et la même diète, y compris le mélange de crème et d'eau à 1 : 3 d'après Biedert. La guérison définitive survint au bout de trois mois, et il n'est resté comme trace de la maladie qu'une tumeur fusiforme de la région iléocœcale.

Il s'agit donc dans notre cas d'une pérityphlite (compliquée dès le début par des manifestations d'une péritonite diffuse) évoluant très lentement, avec nombre d'oscillations et avec une récidive ou plutôt une rechute grave, et accompagnée dès le septième jour d'un abcès de l'espace de Douglas et de lésions suppuratives graves du côté de la vessie. Comme les massès purulentes éliminées de la vessie n'étaient jamais très grandes, il ne reste pour les expliquer qu'une seule hypothèse : la pénétration alors dans la vessie, à travers les parois, des agents de la suppuration, provenant d'un foyer péritonitique encapsulé, siégeant au voisinage de la vessie, peut-être de l'abcès sus-mentionné de l'espace de Douglas, résorbé spontanément. On pourrait aussi, à la rigueur, admettre l'hypothèse de l'ouverture de l'abcès de Douglas suivie de l'élimination petit à petit des masses purulentes, mais nous sommes loin de croire à cette explication.

Ce qui est remarquable dans notre observation, c'est la guérison, par le traitement interne seul, d'un cas aussi grave et compliqué de perityphlite avec péritonite nettement suppurée et l'absence, pendant les deux ans qui se sont écoulés depuis, de toute récidive. Plus remarquable encore est le succès du traitement médical, alors que l'intervention chirurgicale est annoncée par tant de médecins comme la seule efficace.

NOTE HELMINTHOLOGIQUE SUR L'APPENDICITE

Par M. METCHNIKOFF.

La question de l'appendicite est une de celles qui sont à l'ordre du jour dans cette assemblé (1). Plusieurs de nos maîtres en médecine et en chirurgie ont largement contribué ici à sa solution et ont communiqué des données d'une grande importance.

Permettez-moi, comme zoologiste, d'apporter aussi ma part à l'étude de ce problème.

Voici comment j'ai été amené à m'occuper d'appendicite. Un de mes amis, médecin et bactériologiste des plus éminents, me fit part, un jour, — il y a de cela presque quatre ans et demi, — de son inquiétude au sujet de sa fille qui était sur le point de subir l'opération de l'appendicite. La malade, âgée de dix-neuf ans, avait eu, dans l'espace de dix mois, six crises appendiculaires, accompagnées de douleurs vives au point de Mac Burney, de constipation, quelquefois de vomissements. La dernière crise, plus grave que les précédentes, était accompagnée de fièvre et de tremblements généraux du corps. Deux cliniciens des plus éminents confirmèrent le diagnostic d'appendicite à répétition et conseillèrent l'intervention chirurgicale. C'est alors que l'idée m'est venue de chercher si des crises appendiculaires semblables ne pourraient pas être provoquées par des vers intestinaux. Je demandai à mon ami si les matières fécales de la malade avaient été soumises à l'examen microscopique. Sa réponse fut négative. Peu de temps après, il me fit parvenir un peu de déjections de la malade; au premier coup d'œil on reconnaissait des œufs d'ascaris et de trichocéphales en grand nombre. Aussitôt fut commencé le traitement vermifuge. Les premières doses de santonine amenèrent l'expulsion de plusieurs ascaris. Malgré cela, l'examen microscopique des matières fécales démontrait encore la présence de nombreux œufs des deux espèces de nématodes. Pour cette raison le traitement vermifuge fut recommencé à divers intervalles; la cure dura plus de quatre mois. Elle aboutit à l'expulsion de plusieurs autres ascaris et à la guérison définitive de la malade. Depuis le commencement du traitement jusqu'à ce moment, c'est-à-dire depuis presque quatre ans et demi, il ne s'est plus produit une seule crise appendiculaire. La personne en question s'est mariée, elle fit une grossesse sans accidents (or, on sait que la grossesse est un facteur prédisposant à l'appendicite) et accoucha d'un garçon.

Dans ce cas, la guérison a suivi le traitement vermifuge institué d'après le diagnostic helminthologique, et s'est produite sans aucune intervention chirurgicale.

M. le Dr Lemoine, mis au courant de ces faits, a trouvé bientôt

(1) Académie de médecine, 12 mars 1901.

l'occasion de les appliquer dans sa pratique. Un enfant de douze ans fut pris, en 1897, de phénomènes d'appendicite avec vomissements, empâtement de la région iliaque droite, douleur au point de Mac Burney à la pression; constipation. Les accidents ont duré vingt-quatre heures et se sont calmés sous l'influence de l'opium à haute dose. L'examen des matières fécales fit voir des œufs de trichocéphales et d'ascaris, à la suite de quoi, après l'amendement des accidents aigus, on administra à l'enfant de la santonine. Vingt-quatre heures après l'enfant rendit trois ascarides. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, il n'a plus eu d'atteinte semblable. Les selles, examinées quinze jours après l'expulsion des ascarides, ne renfermaient plus d'œufs.

Je dois à l'obligeance de M. Lemoine un second cas non moins intéressant. Un jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'appendicite à répétition, se présenta à lui, fin 1896, avec des symptômes classiques de cette maladie. A son entrée à l'hôpital, cet homme souffre de coliques sans diarrhée avec vomissements verdâtres. Il se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite et on constate à ce niveau un large empâtement, ainsi qu'une douleur à la pression au point de Mac Burney.

L'examen des selles révèle des œufs de trichocéphales et d'ascarides. Le lendemain de son entrée, le malade se trouvant dans le même état, on lui donne de la santonine et du calomel. Le soir de la même journée le malade rend deux ascarides. Les vomissements cessent. Les jours suivants, le malade se sent beaucoup mieux, mais l'empâtement ainsi que le point douloureux persistent encore pendant quelque temps.

Après avoir expulsé encore deux ascarides, le malade entre en pleine convalescence. Une nouvelle dose de santonine n'amène plus l'expulsion de parasites et l'examen microscopique des selles, pratiqué quelques jours plus tard, ne révèle plus la présence d'œufs.

Au dire du malade, il souffrait des mêmes accidents depuis quatre ans, tous les deux ou trois mois. Sa mère est morte d'une maladie du même genre et sa sœur présente des accidents semblables. L'examen de ses selles démontra la présence d'œufs de trichocéphales et d'ascarides.

Il s'agit ici d'appendicite familiale. Le malade, revu huit mois après son entrée à l'hôpital, se déclara complètement guéri.

Voici donc trois cas, observés depuis plusieurs années, dans lesquels le diagnostic microscopique dicta le traitement vermifuge et amena la guérison d'appendicites bien caractérisées cliniquement, et sans aucun concours de l'opération. Il est impossible d'admettre que ces exemples soient uniques. Il y en a certainement bien d'autres, où l'appendicite est provoquée par la même cause. Tout récemment encore, j'ai trouvé dans la *Semaine médicale* de

la fin de décembre de l'année dernière (p. 443) la description d'un cas où la guérison d'appendicite aiguë a suivi, non pas le traitement vermifuge, mais l'expulsion spontanée d'un lombric.

Mme Arboré-Rally relate la maladie d'un jeune garçon de dix ans qui, constipé depuis quelques jours, ressentit brusquement des douleurs dans l'abdomen. Les purgatifs et les lavements restèrent sans effet.

Le lendemain, les douleurs abdominales devinrent plus violentes ; le malade fut pris de vomissements, et le jour suivant il avait de la fièvre, le facies était grippé et le pouls à 120. Comme ces phénomènes, au lieu de s'amender, devenaient encore plus menaçants, deux chirurgiens furent appelés auprès du malade. Ils firent le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée. Vu l'état très grave du malade, les chirurgiens refusèrent d'intervenir. Et cependant, l'enfant, après avoir expulsé un ascaris, fut brusquement soulagé. Trois jours après il se sentait déjà si bien, qu'on a pu lui administrer de la santonine et du calomel, traitement qui fut suivi de l'expulsion d'un second ascaris. Depuis, le malade guérit complètement.

Dans les trois premiers cas, l'appendicite a guéri à la suite du traitement vermifuge, pratiqué après la cessation de la crise appendiculaire. L'exemple que je viens de citer nous montre la guérison spontanée d'une crise aiguë, très violente et accompagnée de péritonite, après l'expulsion spontanée d'un seul ascaris. On peut supposer que l'intervention chirurgicale, dans des conditions aussi critiques, amènerait difficilement un résultat aussi favorable. D'un autre côté, si, dès le début de la maladie, on avait fait le diagnostic microscopique, on aurait aussitôt prescrit le traitement vermifuge et, par cela, empêché le développement du mal. Du reste, cet examen était indiqué aussi après la guérison, car il est possible qu'une dose de santonine n'ait pas expulsé tous les parasites, et que le malade soit menacé de récidive.

Comme les quatre cas que je viens de rapporter ont été suivis de guérison sans ouverture du ventre, il est impossible de donner des renseignements précis sur l'état de l'appendice. Par contre, il y a dans la littérature toute une série d'exemples, dans lesquels l'appendicite a été liée à la présence des parasites.

Il y a déjà soixante ans que Becquerel (1) a décrit l'autopsie d'un enfant, chez lequel il trouva plusieurs ascaris dans le péritoine et deux autres « étranglés dans une perforation de l'extrémité de l'appendice vermiculaire ». Davaine, qui cite ce cas, en rapporte un autre dans lequel l'appendice ulcéré et perforé a laissé passage à quarante-sept ascarides.

Beaucoup plus tard, Natle a communiqué un cas d'appendicite

(1) Cité par Davaine, *Traité des entozoaires*, Paris, 1877, p. 186.

pendant lequel il se développa un phlegmon dans la région sub-inguinale. L'incision donna issue à du pus au milieu duquel on trouva 13 ascaris et l'appendice gangrené, après quoi le malade guérit complètement.

Les chirurgiens, dans le courant de l'opération de l'appendicite, ont également rencontré quelquefois des vers nématodes. Ainsi, récemment, M. Brun a opéré à froid un garçon de douze ans. Après avoir enlevé l'appendice, il a découvert, dans un petit foyer, tapissé d'une fausse membrane, un cadavre de lombric. « Il me paraît évident, conclut M. Brun, qu'au cours de la crise aiguë de janvier, l'appendice perforé a dû laisser échapper ce parasite. » Quelques mois plus tard, M. Guinard communiqua à la Société de chirurgie un autre cas d'appendicite, dans lequel il trouva un trichocéphale vivant. A la fin de son rapport, M. Guinard ajoute : « Quelle relation y a-t-il entre les crises appendiculaires de ma malade et la présence de ce ver dans son appendice ? Faut-il attribuer la diarrhée anormale qu'elle a constamment accusée à une cause vermineuse ? Je pose ces questions sans les résoudre ».

A propos du passage des ascarides dans le péritoine à la suite de la perforation de l'appendice, Davaine cite en l'approuvant la réflexion du rédacteur de la *Gazette Médicale* qui pense que les vers n'ont pas occasionné la rupture de la paroi appendiculaire, mais qu'ils sont sortis profitant de l'ouverture provoquée par un ulcère préformé. Cette opinion est généralement acceptée, et on considère dans des cas semblables le rôle des entozoaires comme purement passif et secondaire. Il est très peu probable que les ascarides puissent perforer l'appendice ou un autre endroit de l'intestin, mais il ne faut pas oublier qu'ils peuvent produire des érosions de la muqueuse et les ensemencer avec des microbes, dont ils sont couverts. De cette façon ils peuvent devenir la cause primordiale de l'ulcération et de la perforation de la paroi intestinale. Le trichocéphale est encore plus capable de produire de pareilles lésions, car il est bien connu qu'il implante la partie antérieure de son corps dans la muqueuse. Le résultat de ces inoculations par les vers peut être très différent, selon la quantité et la virulence des microbes et le degré de la résistance de l'organisme. Dans certains cas leur effet sera nul ou insignifiant, tandis que dans d'autres il occasionnera des infections graves. Il y a quelques jours, M. Girard, Interne à l'hôpital Laënnec, m'a apporté des coupes d'un appendice, enlevé à une fille atteinte de péritonite. Il a trouvé dans le canal appendiculaire deux trichocéphales et dans l'épaisseur de la muqueuse la partie antérieure de l'un de ces parasites. En examinant ces coupes, j'ai pu me convaincre que le trichocéphale, après avoir perforé cette couche, a provoqué une réaction inflammatoire de l'appendice. Cette inflammation est due aux microbes inoculés par le ver et

surtout à de nombreux streptocoques. Au milieu de ces bactéries on peut voir un grand nombre de leucocytes polynucléés, dont quelques-uns ont dévoré des microbes.

Il est certain que les nématodes intestinaux jouent un rôle double. Ils exercent d'abord leur influence directe, mécanique ou chimique, sur l'appendice ou les parties voisines; ils produisent en outre une action indirecte par l'intermédiaire des microbes qu'ils introduisent en lésant la muqueuse. Dans tous les cas, il est évident qu'il faut compter avec eux dans l'appendicite, comme dans beaucoup d'autres maladies. On a depuis longtemps pris cette bonne habitude d'examiner les expectorations dans les maladies des voies respiratoires ou l'urine dans les affections des organes urinaires. On a négligé seulement d'examiner les matières excrétées dans les maladies intestinales. Et ce n'est pas seulement en France qu'on commet cet oubli. Je veux vous citer à l'appui un exemple des plus frappants et intéressant aussi sous d'autres rapports. Le célèbre clinicien viennois, M. Nothnagel (1), a soigné un jeune homme qui, deux ans auparavant, s'est fait enlever l'appendice, à la suite de douleurs violentes dans la région iléo-cœcale.

L'appendice, comme le cœcum, se montrèrent parfaitement normaux. Pendant deux ans après l'opération, le malade se sentit bien ; mais au bout de cet espace de temps, il revint à l'hôpital, se plaignant de nouveau de douleurs très vives dans la région iléo-cœcale. M. Nothnagel constata, en dehors de ce symptôme, de la défense musculaire à l'exploration et une très forte hyperesthésie de l'endroit malade. Pas de fièvre, ni de vomissements. Après avoir appris par l'anamnèse que le grand-père du malade était aliéné, que sa sœur était épileptique et que sa cousine était traitée pour un abcès du cerveau, M. Nothnagel n'hésita pas à diagnostiquer une « pseudopérityphlite hystérique ». Tout nous indique, au contraire, qu'on avait affaire à une maladie de la région iléo-cœcale provoquée par des vers intestinaux. Malheureusement, l'examen microscopique des selles n'a pas été pratiqué et le malade quitta l'hôpital sans être guéri.

Le second exemple sur lequel je désire attirer votre attention concerne une épidémie d'appendicite, observée par M. Goluboff (2), professeur de clinique médicale à Moscou. En 1896, les cas d'appendicite sont devenus tellement fréquents dans cette ville que, rien que dans un internat de jeunes filles, il s'en est produit sept dans l'espace de deux mois. M. Goluboff insiste sur l'analogie entre l'appendicite et l'angine, qui se présente souvent aussi sous forme d'épidémies, mais il oublie encore de se renseigner par l'examen helminthologique des selles. Or, il est très probable que

(1) *Wiener Klin. Wochens*, 1899, p. 387.
(2) *Berliner Klinische Wochens*, 1897, n° 1.

dans cette appendicite épidémique, comme dans l'appendicite familiale, dont nous avons cité un exemple, les parasites intestinaux jouent un rôle important. On a pensé que dans l'appendicite qui frappe plusieurs membres d'une même famille, il s'agit de quelque tare commune, héréditaire. Il est impossible d'invoquer cette cause pour les appendicites nombreuses survenues dans un pensionnat. Il est, au contraire, très facile d'expliquer tous ces cas par la souillure des aliments consommés dans la même famille ou dans le même internat par des restes de déjections humaines, desséchés sur des légumes consommés à l'état cru.

Il est bien établi que les deux espèces de nématodes que nous trouvons dans les appendicites se transmettent par des larves renfermées dans les enveloppes de l'œuf. Les embryons mûrissent en dehors du corps humain, dans la terre ou dans l'eau, souillés avec des matières fécales d'individus, renfermant des ascarides et des trichocéphales. C'est cette eau impure, les légumes et les fruits, renfermant des restes de déjections contaminées, qui servent de véhicules aux parasites intestinaux.

La guérison de quelques cas d'appendicite par les vermifuges prouve nettement le rôle des nématodes dans cette maladie. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de préciser dans quelle proportion de cas cette cause est mise en jeu. Il y a certainement des appendicites où l'infection peut être produite par d'autres facteurs que les vers, comme d'un autre côté il y a beaucoup d'exemples de la présence de parasites intestinaux, sans que pour cela l'appendicite s'ensuive nécessairement. D'après un calcul approximatif, basé sur mes observations qui datent depuis bientôt dix ans, il faut considérer que dans la population parisienne il y a à peu près 500,000 habitants qui, sans doute pour avoir avalé des déjections humaines, renferment des nématodes dans leurs intestins. Or, malgré la fréquence de l'appendicite, elle est bien loin d'atteindre ce chiffre. Il y a donc un très grand nombre de personnes, atteintes d'helminthes, qui échappent à cette maladie. Mais aussi, parmi ces individus, il y en a chez qui ces parasites amènent d'autres troubles que ceux de l'appendice, notamment des maladies nerveuses et l'anémie.

En présence de la grande fréquence des vers intestinaux, il est donc très important, dans beaucoup de cas, de soumettre les matières fécales à l'examen microscopique. Celui-ci s'impose dans toutes les appendicites. En faisant le diagnostic de cette maladie, il faut, entre autres, rechercher des œufs de nématodes, ce qui le plus souvent est chose facile. Les œufs des ascarides, déposés déjà dans l'intestin grêle, se répartissent assez régulièrement dans les déjections et peuvent être reconnus en quelques minutes. Les œufs des trichocéphales, déposés le plus souvent dans le cœcum, sont parfois tout aussi faciles à diagnostiquer, mais, comme ils sont répartis d'une façon inégale dans les ma-

tières, il faut dans certains cas un examen répété et prolongé.

La pratique m'a donné sous ce rapport quelques renseignements utiles. Un de mes collaborateurs de l'Institut Pasteur m'apporta une fois un peu de matières fécales d'un de ses parents, atteint d'appendicite, et qui devait être opéré. L'examen minutieux ne révéla pas la présence d'œufs de parasites. Je me suis prononcé pour la négative, et le malade fut opéré. Seulement l'appendice enlevé se présenta aussi sain que possible. De volume normal, avec son canal libre et ses parois sans inflammation ni hyperémie, il pourrait servir comme modèle d'appendice normal.

Voici donc un cas de pseudo-appendicite, dans lequel un examen au microscope n'a pas signalé de vers intestinaux. Dans un autre cas d'appendicite à répétition, l'examen microscopique des matières fécales ne révéla pas non plus la présence de ces parasites. Ne me considérant pas en droit de juger d'après une seule recherche, je redemandai un second échantillon de déjections. Cette fois-ci, les préparations accusèrent la présence de quelques œufs de trichocéphales. Des examens ultérieurs me confirmèrent dans cette conclusion que le cœcum de la malade renfermait plusieurs trichocéphales. En conséquence, un traitement par le thymol fut ordonné. Après cette cure vermifuge, la personne en question a été débarrassée de ses trichocéphales, mais le résultat final du traitemant ne pourra être apprécié que plus tard, le cas étant encore tout récent.

Comme un seul ver est capable d'obstruer l'appendice ou d'ensemencer ses parois, il est possible que dans des cas rares et particulièrement difficiles pour le diagnostic, ce soit un ascaris ou un trichocéphale mâle qui provoque l'accident. Alors l'examen des selles ne pourra donner qu'un résultat négatif et il n'y aura que des vermifuges capables d'assurer le diagnostic. On arrive donc à la nécessité de donner quelquefois de ces médicaments même si l'examen microscopique des matières fécales a été négatif. Autrefois, c'était une habitude de prendre de temps en temps des vermifuges et d'en donner aux enfants ; depuis un certain nombre d'années, cette pratique a été abandonnée. C'est là peut-être une des causes de la plus grande fréquence de l'appendicite, signalée par plusieurs cliniciens dans ces derniers temps. La consommation plus grande des légumes et des fruits crus que l'on trouve maintenant en toutes saisons, et aussi l'arrosage des terrains maraîchers par les eaux d'épandage, jointes à la négligence de la cure vermifuge, expliquent un bon nombre de cas d'appendicite.

De l'ensemble des données que je viens de réunir, il résulte un certain nombre de règles qu'on ferait bien de suivre dans la pratique.

1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, pratiquer l'examen helminthologique des matières fécales.

2° Dans tous les cas où il y aurait possibilité de le faire, appli-

quer le traitement vermifuge avec de la santonine contre les ascarides et du thymol contre le trichocéphale.

3° Défendre aux personnes atteintes d'appendicite, de manger des légumes crus, des fraises, etc., et de boire de l'eau non bouillie ou non filtrée.

4° La proscription des aliments crus et des eaux impures constitue de même une excellente mesure prophylactique.

5° Examiner de temps en temps, surtout chez les enfants, les selles, et administrer des vermifuges.

Pour ma part, je suis convaincu que l'application de ces prescriptions guérira un certain nombre d'appendicites, atténuera la gravité de certaines autres et diminuera la fréquence de cette maladie.

UN CAS DE FIÈVRE TYPHOIDE AVEC COMPLICATIONS LARYNGÉES CHEZ UN ENFANT DE 18 MOIS

Par le Dr M. HAUSHALTER.

La fièvre typhoïde au-dessous de 4 et 5 ans est rare ; Ollivier, dans ses leçons, sur 611 cas de fièvre typhoïde relevés à l'hôpital des Enfants malades, en compte 45 avant l'âge de 5 ans ; sur ce chiffre, 3 seulement concernaient des enfants âgés de moins de 2 ans. De mon côté, sur plus de 300 cas de fièvre typhoïde que j'ai observés en 7 ans à la clinique infantile, 10 seulement se rapportent à des enfants âgés de moins de 4 ans ; sur ces 10 cas, un seul concerne d'une façon authentique un poupon de moins de 2 ans, dont voici l'histoire résumée.

Il s'agit d'une fillette âgée de 18 mois, qui tomba malade vers le 8 novembre. L'affection débuta par des vomissements, de la diarrhée, de la somnolence ; à son entrée à la clinique, au 8e jour de la maladie, le 15 novembre, l'enfant très amaigrie présentait de la raideur de la nuque, de petites convulsions oculaires, de la contracture dans les membres inférieurs, de petits mouvements carphologiques dans les bras, une escharre au sacrum, du météorisme abdominal et, sur la paroi de l'abdomen, quelques petites papules rosées de la dimension d'une tête d'épingle. L'enfant était presque aphone, la toux était étouffée ou par moment rauque, la langue sèche, fuligineuse ; il n'y avait pas de diarrhée.

En raison de l'extrême rareté de la fièvre typhoïde à cet âge, en raison aussi des phénomènes nerveux présentés par l'enfant, phénomènes qui, dans la plupart des cas de ce genre, en ont imposé aux observateurs pour une forme quelconque de méningite; en raison enfin des accidents laryngés, le diagnostic eût été probablement hésitant si nous n'avions eu concomitamment en traitement au service des enfants, pour fièvre typhoïde, un frère de la petite

malade, âgé de 6 ans, et si nous n'avions appris qu'une sœur plus âgée était soignée pour la même maladie dans une des cliniques de l'hôpital.

Du 15 au 21 novembre, l'état de notre petite malade alla en s'aggravant ; les symptômes nerveux, raideur de la nuque et des membres, petites secousses convulsives, petites crises de tétanisme, état semi-comateux, s'accentuèrent ; la respiration devint bruyante, s'accompagnant de cornage laryngé, de tirage ; le caractère étouffé de la toux s'accrut ; la température oscillait entre 37°8 et 38°8, le pouls battait aux environs de 130 ; sur ces entrefaites, l'épreuve du séro-diagnostic venait confirmer notre hypothèse de fièvre typhoïde. Dans la journée du 21, la respiration s'accélère, le nez s'effile et les lèvres se cyanosent, nous constatons aux deux bases des bouffées de râles sous-crépitants. Fièvre ; la température du soir est de 39° ; les bruits laryngés, le tirage s'accentuent dans la soirée ; dans la nuit, les symptômes d'asphysie s'exagèrent avec une telle rapidité que la trachéotomie est jugée urgente ; elle est pratiquée par notre excellent collègue M. André. Une amélioration passagère succède à l'opération ; mais, le 22 nous constatons des signes de broncho-pneumonie ; la température atteint dans la journée 40° et 41° et l'enfant succombe dans la soirée.

L'autopsie nous révèle au niveau du cœcum les lésions caractéristiques de la dothiénentérie, moins intenses cependant que chez l'adulte arrivé à cette phase de la maladie ; dans le poumon, des lésions étendues de broncho-pneumonie. J'ajouterai que des ensemencements faits avec le suc splénique nous ont donné des cultures pures de bacille typhique. — Dans le larynx, au-dessous du bord inférieur de la corde vocale droite, vers son extrémité postérieure, existe une petite ulcération triangulaire de 2 à 3 millimètres environ de côté. Comme le montre une dissection minutieuse du larynx pratiquée par M. Potron, externe du service, cette ulcération assez profonde communique par une ouverture en boutonnière avec un minuscule abcès collecté en 3 ou 4 petits foyers du volume d'un grain de millet, réunis entre eux et situés entre les fibres musculaires de l'espace interaryténoïdien correspondant. Sur des lamelles faites avec le pus de cette petite collection, nous avons trouvé, à l'exclusion de tout élément en bâtonnet, des microcoques en courtes chaînettes, non décolorables par le Gram et qui nous semblent se rapporter au streptocoque. La plaie opératoire de la trachéotomie est nette, elle intéresse les 6 premiers anneaux cartilagineux de la trachée ; la canule n'a déterminé, comme on peut le voir sur la pièce, aucune lésion de la muqueuse trachéale.

Les accidents laryngés ont été vraisemblablement amenés par l'œdème des cordes vocales, provoqué par le voisinage du petit foyer inflammatoire décrit. Il est impossible d'ailleurs de dire si le bacille typhique a été primitivement responsable de la localisation

laryngée, puisque, après la mort, il n'existait plus dans la lésion du larynx que le streptocoque, agent d'infection secondaire. La mort a été amenée ici par l'infection typhique et surtout par la complication broncho-pulmonaire.

La fièvre typhoïde des nourrissons est d'ailleurs grave. D'après MARFAN, elle amène la mort dans près de la moitié des cas. Dans un cas, LEWY (1) observa chez un enfant d'un an une fièvre typhoïde que des complications laryngées firent prendre pour le croup (2).

Clinique infantile du professeur CZERNY.

LA SOUPE DE MALT DANS LA PRATIQUE,

Par le Dr Arthur KELLER,

Assistant de la Clinique des Maladies des Enfants à Breslau.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur la longue série de substances alimentaires recommandées comme complément de la nourriture des enfants du premier âge, bien portants ou malades, on aperçoit maints produits qui ne doivent leur existence qu'au génie de spéculation de quelque fabricant, et qui ont été lancés dans le commerce à grand renfort de réclame, avant même qu'on ait fait quelques essais probants au point de vue de l'alimentation des enfants. Les garanties ne sont pas meilleures pour les substances alimentaires préconisées sous le titre de « succédanés du lait de femme ». Aussitôt qu'apparaît une publication renfermant des renseignements sur l'état de prospérité de quelques enfants nourris selon telle nouvelle méthode, il s'y trouve jointes quelques lettres de parents ou quelques communications favorables de médecins et on s'empresse avec ces documents qui paraissent suffisants, de recommander l'emploi général de cet aliment. Si l'auteur a essayé de déterminer chez un enfant, par des expériences de deux à trois jours de durée, la résorption d'azote, il croit, dans bien des cas, avoir rempli toutes les exigences qu'au point de vue scientifique on pourrait demander de sa méthode d'alimentation. Les causes qui assurent à ses produits un bon débit sont multiples : ce sont les résultats souvent peu satisfaisants des méthodes usuelles de l'alimentation artificielle, le manque d'expérience en face de divers troubles de nutrition chez les nourrissons, et enfin le fait si souvent confirmé que des nourrissons vigoureux, nés de parents bien portants, présentent, au moins pendant un certain temps, une apparence de prospérité malgré des modes

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1889.

(2) Communication à la Société de médecine de Nancy. Séance du 26 déc. 1900.

d'alimentation des plus disparates. Pourtant l'emploi de ces substances alimentaires se restreindrait rapidement si l'on ne passait pas sous silence les nombreux échecs qu'on peut opposer aux quelques observations favorables, mais qui restent isolées.

La soupe de malt ne peut pas être mise au même rang que ces produits, dont nous venons de parler. En effet, nous n'avons recommandé la soupe de malt, comme aliment des enfants malades, qu'en nous basant sur des recherches scientifiques des troubles de nutrition et d'échanges nutritifs chez les nourrissons malades, ainsi que sur des études systématiques des résultats qu'offrent les autres méthodes d'alimentation; de plus, les indications pour l'usage de cet aliment ont été bien déterminées par nous. Dans nos premières publications sur la soupe de malt, nous avons déjà pu communiquer des succès réels obtenus en pratique par notre thérapeutique alimentaire. Ces succès ont été démontrés par les observations détaillées et par les courbes du poids des enfants ; ces preuves ont été assez favorables pour convaincre et pour engager à des essais personnels même ceux qui ne se contentent point de démonstrations scientifiques.

En ce qui concerne nos recherches scientifiques et leurs résultats, nous ferons ici seulement valoir ce fait que dans le choix d'une substance alimentaire pour les enfants malades, nous nous sommes posés pour tâcher de trouver un aliment dont les éléments constitutifs fussent assez facilement oxydables pour que leur assimilation complète puisse avoir lieu même dans un organisme malade et dont la constitution fût telle que non seulement il favorise l'accroissement de la substance propre du corps, mais encore concoure à la guérison des lésions effectuées et en prévienne de nouvelles.

Nous n'avons point l'intention de faire de cette communication un recueil des publications parues sur la soupe de malt ni de nos recherches personnelles, théoriques et pratiques, dont les résultats nous ont induit à préconiser cette soupe de malt comme aliment des enfants malades. Ce que nous nous proposons, c'est de développer quelques points d'observation clinique qui se révèlent au cours des essais faits sur les enfants nourris au lait malté et qui paraissent de quelque importance dans la direction de l'emploi de cet aliment dans la pratique.

Avant d'aborder les points particuliers de notre sujet, il nous paraît nécessaire de donner de prime abord quelques indications sur la préparation de la soupe de malt. Pendant très longtemps

(1) Therapie der Gegenwart, déc. 1900.

(2) Keller. Malzsuppe eine Nahrung für magendarm-Kranke Säuglinge. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1898 ; Gregor, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1898. XLVIII, p. 408, et des communications des deux auteurs à la Société de pédiatrie. Kinderheilkunde. Naturforscherversammlung zu Dusseldorf, 1898.

nous avons préparé nous-même l'aliment destiné à nos expériences; mais plus tard, lorsque nos essais ont pris une plus grande extension, il nous a été impossible de continuer ainsi. Toutefois la préparation de cette soupe, même lorsqu'elle fut confiée à un pharmacien, a toujours été surveillée par les médecins de la clinique. Par ce fait, nous avons acquis une grande expérience dans l'application pratique, sur une grande échelle, de la soupe de malt, de même que, d'autre part, nous ne manquions pas d'observations d'enfants dont les mères préparèrent elles-mêmes cette nourriture selon nos indications.

Pour obtenir une bonne soupe de malt, il est évidemment nécessaire d'en avoir les premiers éléments, c'est-à-dire le lait et le malt de bonne qualité.

Au début de nos essais, nous ajoutions au lait de vache, outre le carbonate de chaux, de la farine de froment et de la farine de malt, et nous cherchions à maintenir ce mélange pendant quelque temps à des températures favorisant l'action de la diastase. Comme dans ce procédé la transformation en amidon et l'extraction de la maltose, c'est-à-dire de la dextrine, se trouvaient à de grandes variations suivant les degrés de température et la durée du processus, nous nous sommes décidés, afin de mieux surveiller le processus du moût, à préparer, à l'aide de la drèche, un condiment de malt ; celui-ci, additionné du carbonate de chaux, fut mélangé à la soupe de farine et de lait. Cependant ce procédé, outre qu'il est trop long, ne réussit pas davantage, de sorte que nous avons fini par adopter comme malt un produit du commerce dont la fabrication sur une grande échelle nous garantissait sa composition uniforme. Le hasard ou plutôt le choix du pharmacien nous a mis alors en mains l'extrait de malt de Lœflund ; nous nous en sommes servi exclusivement pour toutes nos expériences ultérieures.

De temps en temps, nous avons fait des essais isolés avec des extraits de malt d'autre provenance, qui nous étaient adressés par divers fabricants à titre d'échantillons; comme ils ne nous ont pas donné des résultats particulièrement favorables, nous avons bientôt interrompu ces essais qui, peut-être aussi, n'ont pas été faits avec le zèle nécessaire. En fait, nous n'étions guidés par aucun intérêt scientifique particulier ayant pour but la détermination ou la comparaison des qualités physiologiques et physico-chimiques de différents extraits de malt.

J'ai à peine besoin de faire remarquer que les analyses chimiques, telles qu'on les rencontre souvent dans les prospectus, ne suffisent point pour démontrer que tel extrait de malt vaut tel autre comme aliment complémentaire des nourrissons. Pour pouvoir constater cette équivalence, il faudrait avoir recours à des essais d'alimentation en grand, faits sur un très grand nombre d'enfants. Nous n'avions aucune raison valable pour les entre-

prendre, d'autant que quelques essais isolés ont suffi pour nous démontrer que, réellement, entre les extraits de malt provenant de maisons différentes, il existe des dissemblances notables qui ne laissent pas que d'influencer d'une façon très marquée les résultats de ce mode d'alimentation.

Il en résulte qu'à notre regret, nous nous trouvons dans la situation peu agréable d'être obligé, puisque nous nous basons sur nos observations cliniques, de préconiser l'extrait de malt de Lœflund, sans pouvoir préciser en quoi cet extrait diffère des autres produits similaires, et pourquoi, d'après nos expériences, son action sur la nutrition est plus favorable que celle des autres. Quoi qu'il en soit, nous sommes obligés d'affirmer, encore une fois, que pour préparer la « soupe de malt » que nous préconisons, il faut avoir de l'extrait de malt de Lœflund.

L'échec est d'avance certain avec les produits de quelques fabricants qui s'ingénient à préparer la soupe de malt sous la forme d'une préparation sèche ou d'une soupe concentrée, ou d'ajouter directement à l'extrait de malt la quantité de farine carbonate de potassium (kalium carbonicum) : il est, en effet, impossible de faire, à l'aide de ces substances, une nourriture possédant les mêmes propriétés que la soupe de malt fraîchement préparée. Nous avons renoncé à l'emploi de semblables produits, bien qu'il nous eût paru désirable de simplifier autant que possible, même dans les ménages, la préparation de la soupe de malt. La seule simplification qui nous a paru possible et même nécessaire dans la pratique, c'est de faire additionner l'extrait de malt de la quantité nécessaire de carbonate de potassium. L'extrait de malt ainsi alcalinisé se trouve dans le commerce sous le nom d'*Extrait de soupe de malt* (Malzsuppenextrakt), fabriqué par la maison Lœflund et Cie, de Stuttgart. Après avoir acquis la conviction, grâce à de nombreux essais faits à la clinique et à la poli-clinique, que les résultats de notre mode d'alimentation continuèrent, avec l'emploi de cet extrait de soupe de malt, à rester uniformément bons et équivalents à ceux obtenus par l'ancien procédé de préparation, nous ne nous sommes plus servis que de cet extrait alcalinisé pour préparer la soupe de malt à notre clinique.

Notre ancienne formule était : faire diluer et battre 50 gr. de farine de froment dans un tiers de litre de lait de vache et faire passer ce mélange à travers une passoire. Dans un autre récipient faire dissoudre 100 gr. d'extrait de malt dans deux tiers de litre d'eau à 50° C. ; y ajouter 10 cm. d'une solution de carbonate de potassium à 11 p. 100. Mélanger ensuite l'émulsion de farine dans du lait avec cette solution d'extrait de malt et faire bouillir le tout.

Outre qu'il était nécessaire de procéder à plusieurs pesées, il était indispensable de mesurer très exactement la solution de

carbonate de potassium. Par le fait de supprimer cette dernière mensuration, la préparation de la soupe de malt à l'aide de l'«extrait de soupe de malt» se trouve notablement simplifiée et exige à peine un peu plus de temps que la préparation d'une soupe de farine ordinaire, à dosage très exact du lait et de la farine, comme nous le prescrivons souvent en pratique.

Nous ordonnons par conséquent à la mère ou à la nourrice de l'enfant, pour préparer un litre de soupe de malt, de prendre 50 gr. de farine de froment, 1/3 de litre de lait de vache, 100 gr. d'extrait de soupe de malt et 2/3 de litre d'eau tiède ; la farine est délayée et battue dans le lait froid afin d'éviter la formation de grumeaux ; d'autre part, l'extrait de soupe de malt doit d'abord être dissous dans une petite quantité d'eau et ne doit être ajouté au lait que peu d'instants avant son ébullition. Pendant toute la durée de son ébullition (2 à 3 minutes), on ne cesse pas de battre la soupe, qui doit conserver une consistance parfaitement liquide à cette température élevée.

L'indication de tous ces détails n'est point superflue ; on évite ainsi de nombreuses fautes dans la préparation de la soupe.

Le procédé de préparation que nous venons d'indiquer a été élaboré et précisé par nous à la suite de multiples essais, et il a fait ses preuves par un usage de plusieurs années ; il est par conséquent de première importance de s'y conformer rigoureusement et de l'accepter sans rien y modifier, car on ne manquera pas d'enregistrer des échecs à la suite de modifications non motivées. Nous faisons exception pour le seul cas où il s'agit d'enfants de moins de trois mois, ou d'enfants très gravement malades et présentant un poids très faible; nous conseillons alors, si l'on veut avoir recours à la soupe de malt, de l'employer en concentration plus faible. Dans ces cas on peut indifféremment se servir soit d'une soupe préparée selon la recette que nous venons d'indiquer, en la diluant d'un tiers d'eau bouillie, soit n'employer directement que 80 gr. d'extrait de malt et 40 gr. de farine de froment pour préparer la soupe. Il ressort, toutefois, de nos expériences qu'en diminuant la dose de malt il est indispensable de diminuer proportionnellement la dose de farine, car la soupe présentant un goût de farine plus prononcé est moins bien acceptée par les enfants. La même raison oblige quelquefois à ajouter un peu de saccharine à la soupe diluée d'eau. NEUMANN (1) propose de commencer avec la dose de 50 gr. d'extrait de malt alcalinisé pour un litre de soupe et d'aller en augmentant jusqu'à ce qu'on trouve la dose qui convient à l'enfant. On peut objecter à cette proposition que ce dosage progressif ne peut qu'altérer la saveur de la soupe. De plus, cette façon d'agir devient superflue lorsqu'on a soin d'ordonner une nourriture indifférente tant que persistent

(1) *Sur le traitement des maladies des enfants.* Lettres à un jeune médecin, 2e édition, Berlin. Edit. Oscar Coblentz, 1900.

les troubles gastro-intestinaux aigus, et de ne commencer ensuite que très prudemment l'administration de la soupe de malt. Je reviendrai plus loin sur ce sujet.

Quant à la conservation de la soupe, nous conseillons aux mères de faire comme pour tout autre aliment du nourrisson : aussitôt que la soupe toute préparée a suffisamment bouilli, on la fait refroidir très rapidement et on la garde dans un endroit frais, bien couverte dans le pot qui a servi à la faire bouillir.

La quantité de soupe nécessaire pour chaque repas est prélevée dans le pot et réchauffée séparément. Pendant la saison chaude, il est préférable de préparer la soupe en deux fois dans la journée, en se servant de lait frais chaque fois ; si c'était impossible, il faut au moins chercher à ne point garder la soupe pendant la nuit ; le premier repas de la journée ne doit être fait qu'avec de la soupe nouvellement préparée. Il résulte de tout ce que nous venons de dire que la préparation de la soupe doit avoir lieu à nouveau, tous les jours ; cette condition est de rigueur non seulement dans les ménages, mais également quand on prépare la soupe de malt en grandes quantités. On ne cédera pas sur ce point, même si la bonne qualité des matières premières et si la propreté dans la préparation de cette nourriture étaient parfaitement garanties. En se basant sur les expériences et les recherches de Gregor, qui s'est particulièrement occupé de ce sujet, on a, lors de l'emploi de la soupe de malt à la policlinique, apporté le plus grand soin au nettoyage et à la stérilisation des bouteilles dans lesquelles on versait la soupe encore chaude ; on a renoncé au chauffage de la soupe, pendant quelques minutes, après sa mise en bouteilles. Les altérations de la soupe, dues aux bactéries et qui pourraient devenir de quelque gravité au point de vue de la santé de l'enfant, se reconnaissent aisément au goût : la saveur sucrée, aromatique de la soupe fraîche devient d'abord fade, rappelant la saveur d'une soupe de farine simple, puis amère et acide. Dans ce dernier cas, l'aspect même de la soupe se modifie. Un point de repère facile pour apprécier la bonne qualité de la soupe et qui peut être aussi bien appliqué en policlinique qu'en pratique civile, c'est l'examen de la réaction.

Alcaline dans la soupe fraîchement préparée, cette réaction est si faible que la moindre acidité, lors de son altération, fait constater aussitôt la réaction acide. A la clinique nous avons expliqué aux mères l'usage du papier de tournesol ; quelques feuilles de papier neutre ou bleu leur furent distribuées avec l'indication d'employer la soupe seulement lorsqu'un bout de ce papier ne présente pas de tendance à rougir.

Les difficultés que présente la préparation de la soupe de malt sur une grande échelle nous ont été révélées lors de nos essais à la pharmacie, où nous la faisions préparer selon nos indications et sous notre surveillance. Outre qu'il est nécessaire d'avoir l'œil sur la bonne qualité des matières premières, la préparation de

grandes quantités de soupe exige une surveillance des plus minutieuses des moindres manipulations relatives à la cuisson de la soupe, à la stérilisation des bouteilles, à leur refroidissement après l'embouteillage, etc... En y ajoutant les difficultés du transport, on se trouve en face de toute une série d'exigences auxquelles il est réellement difficile de satisfaire. D'autre part, les mères ne cessèrent point de se plaindre de la qualité souvent défectueuse de la soupe, et lorsque, à plusieurs reprises, nous avons pu nous persuader que leurs plaintes étaient justifiées, nous sommes revenus à l'ancien système, d'en confier aux mères elles-mêmes la préparation.

Le prix de vente de cet aliment en grandes quantités joue aussi un grand rôle. En présence d'un prix très élevé, les mères préfèrent préparer elles-mêmes cette soupe ; dans ces conditions l'entrepreneur, pour pouvoir vendre, est obligé de se contenter d'un profit minime. Ceci l'oblige à réduire les frais en n'employant qu'un personnel restreint à la préparation de ce produit, et il en résulte l'impossibilité d'observer rigoureusement les préceptes du procédé prescrit, au détriment de la qualité de la nourriture.

Toutes ces raisons font supposer que la préparation de la soupe de malt sur une grande échelle rencontrera partout ailleurs les mêmes difficultés qu'en notre ville de Breslau.

Je crois avoir mentionné tout ce qu'il y a d'important à dire sur la préparation de la soupe de malt, soit dans l'industrie, soit dans les ménages ; je puis donc à présent aborder le sujet très important, à savoir : chez quels enfants, c'est-à-dire dans quels états morbides elle se trouve indiquée.

J'insiste encore une fois sur ce point que nous cherchions un aliment pour des nourrissons malades, aliment propre à contribuer à la guérison des lésions existantes, sans engendrer des lésions nouvelles et favorisant l'accroissement de la substance propre du corps. Le lait de femme lui-même est incapable de donner, dans tous les cas, satisfaction à ces desiderata. En effet, nous constatons aussi des troubles de la digestion chez des enfants nourris au sein, et l'observation des enfants malades nous enseigne que l'allaitement au sein n'a pas toujours raison des troubles digestifs. Cette soupe de malt, nous ne l'envisageons pas comme un « aliment normal » ; nous ne l'avons jamais considérée ainsi ; si elle l'était, point ne serait besoin d'établir des indications particulières à son emploi ; on n'aurait qu'à l'employer indistinctement dans tous les cas de troubles digestifs chez les nourrissons.

Pour discuter cette question : quand la soupe de malt est-elle indiquée et quand ne l'est-elle pas, le mieux est de prendre pour point de départ les résultats des premiers essais d'alimentation que nous en avons faits. Pour prouver que cette dernière est supérieure à toutes les autres méthodes de traitement diététique, nous n'y avions recours qu'après l'échec de toutes ces autres mé-

thodes. Ce n'était certes pas dû au hasard si dans ces cas précisément l'emploi de la soupe de malt avait donné les succès les plus brillants. Ces expériences auraient dû nous autoriser à recommander la soupe de malt en général, dans tous les cas de troubles de la nutrition, où par tout autre mode d'alimentation on ne réussit pas à obtenir des effets satisfaisants. Cette façon de procéder serait justifiée par ce fait même que dans tous les cas il suffit de 10 à 14 jours d'alimentation par la soupe de malt pour décider si cette nourriture constitue pour l'enfant en traitement l'aliment qui lui convient. Plus rapidement que dans tout autre mode d'alimentation, on se trouve ici éclairé sur le résultat probable. Pourtant nous ne voulons pas nous arrêter sur des indications pour ainsi dire d'ordre négatif, puisque, d'après les résultats de l'examen et de l'observation de l'enfant et tenant compte de ses antécédents, il est dans la plupart des cas possible de fixer des indications précises pour et contre l'usage de la soupe de malt.

Afin de donner des conclusions générales, nous allons tâcher de grouper les résultats obtenus d'après les points de vue suivants : Dans certaines formes des troubles de nutrition chez le nourrisson, la soupe de malt fournit des résultats aussi bons, souvent même meilleurs, selon toute apparence, que l'allaitement naturel : ce mode d'alimentation est en tout cas à tel point supérieur à toutes les méthodes d'alimentation artificielle que dans des cas de ce genre il existe une indication précise pour l'emploi de la soupe de malt si le lait de femme fait défaut. Par contre, il existe un autre groupe d'états morbides dans lesquels la santé des enfants serait directement compromise par l'emploi de la soupe de malt. Il reste enfin à signaler une troisième catégorie d'enfants dont l'état morbide et le développement sont évidemment très favorablement influencés par l'alimentation à la soupe de malt, mais qui ne se trouveraient pas moins bien des autres modes d'alimentation artificielle.

En résumé, *la soupe de malt est indiquée dans les cas de troubles de nutrition chronique* dans lesquels *le syndrome atrophie est, soit en train de se développer, soit déjà constitué depuis plus ou moins longtemps.*

Je tiens à tracer quelques types caractéristiques de ce genre de troubles de nutrition.

En premier lieu, il s'agit souvent d'enfants âgés de 5, 6 ou 7 mois, qui jusqu'alors, abstraction faite d'une courte période d'allaitement au sein, ont été nourris exclusivement au lait de vache. Habituellement la mère ne sait indiquer que peu de phénomènes morbides ; et si elle vient trouver le médecin, c'est surtout à cause de la pâleur de plus en plus marquée de l'enfant et de son poids qui va en diminuant au lieu d'augmenter. En effet, ce sont pour la plupart des enfants pâles, souvent assez gras, à peau émaciée, à muscles flasques. Les symptômes inhérents aux trou-

bles digestifs n'entrent souvent en scène que plus tard ; le plus récent en est la parésie intestinale très-frappante ; les évacuations alvines sont rares ; quant aux matières, elles sont de consistance ferme et d'une coloration blanc grisâtre. Lorsqu'on examine dans ces cas les fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac, on constate toujours des phénomènes indiquant à un degré plus ou moins prononcé des écarts de l'état normal. On se trouve en tout cas en présence de symptômes cliniques assez nombreux, et il n'est pas besoin de recourir à l'examen des échanges nutritifs pour établir l'existence des troubles de la nutrition. La maladie de l'enfant n'aurait pas échappé pendant si longtemps à la vigilance de la mère si elle avait pesé régulièrement l'enfant ; elle aurait alors reconnu que depuis des semaines déjà le poids de celui-ci restait stationnaire.

La genèse de la maladie n'est pas d'ailleurs déterminée par le genre de nourriture, mais par la façon dont elle est administrée à l'enfant. Dans la majorité des cas il s'agit d'enfants suralimentés, soit que la nourriture ait été trop consistante, soit que le nombre de repas par 24 heures ait été exagéré. Bien que ces fautes dans la technique de l'alimentation donnent souvent lieu à des symptômes bruyants, tels que vomissements et diarrhées, qui ne sauraient échapper à l'observation de la mère, les cas ne sont pas rares, d'autre part, où l'on a à traiter des enfants chez lesquels le début de la maladie est difficile à préciser, la transition de l'état de santé à l'état pathologique s'étant accomplie très lentement. Il faut y ajouter que l'influence sur la courbe de poids de l'enfant dans les échanges nutritifs, engendrés par la suralimentation, ne se manifeste souvent que tardivement. Chez les jeunes nourrissons élevés au lait pur, il n'est pas rare de voir pendant quelques semaines le poids augmenter régulièrement ; mais le contre-coup fait rarement défaut : presque dans tous les cas la période d'accroissement du poids est suivie d'une période où le poids reste stationnaire d'abord et puis diminue. Le premier symptôme morbide que nous constatons en observant ces enfants est ici également la constipation.

Dans un mémoire paru récemment, M. Marfan établit entre les deux états morbides consécutifs à la suralimentation une distinction en les désignant sous les noms de « cachexie grasse » et de « cachexie atrophique ». Ceci concorde avec notre manière de voir ; et nous trouvons très bien choisie sa dénomination de *cachexie grasse* se rapportant aux enfants gras et gros, à chairs flasques et molles, enfants que nous voyons souvent atteints d'eczémas divers, d'intertrigo, etc.

Toutefois nous ne sommes point d'accord avec M. Marfan quant à la façon dont il interprète le développement de ces états morbides. Dans une série de cas l'absence de troubles digestifs provoque un accroissement excessif de la masse propre du corps ;

dans l'autre série de cas la présence des troubles de la digestion et de l'assimilation préserve l'enfant de cet accroissement excessif. Car, ainsi qu'il a déjà été dit plus haut, c'est précisément dans les cas de suralimentation par le lait de vache qu'il nous arrive d'observer le développement de l'atrophie à partir du moment seulement où les symptômes de troubles digestifs font défaut.

J'ai insisté un peu plus sur la discussion de cette question parce qu'elle est d'une importance particulière pour le sujet qui m'occupe. En effet, c'est dans les cas de troubles digestifs chroniques engendrés par la suralimentation, c'est-à-dire par une alimentation exclusive et trop prolongée avec du *lait de vache*, que nous employons avec succès la soupe de malt presque dans tous les cas.

Dans certains cas d'atrophie des nourrissons, nous pouvons, grâce aux succès que nous obtenons par l'allaitement au sein, établir directement les indications de la soupe de malt. Lorsqu'un nourrisson atteint d'atrophie, qui jusque-là était nourri artificiellement, se trouve mis au sein, nous voyons souvent une amélioration rapide dans les symptômes gastro-intestinaux, de même que dans l'état général, les processus de réparation faisant de grands progrès ; néanmoins, on ne parvient pas à obtenir un accroissement satisfaisant du poids du corps. A la suite de nos expériences sur l'allaitement au sein des enfants malades, nous savons qu'au début la courbe du poids continue à descendre, et ce n'est qu'après un intervalle assez long où le poids reste stationnaire, que la courbe remonte progressivement. Mais dans les formes d'atrophie de nourrissons auxquelles je fais allusion, la courbe du poids du corps tarde à remonter pendant si longtemps que nous ne cessons alors de nous demander si dans ces cas, et en vue de l'accroissement du poids, une alimentation artificielle ne donnerait pas de meilleurs résultats. Les cas de ce genre ne sont point isolés où, grâce à l'alimentation à la soupe de malt, nous obtenions des accroissements en poids réguliers et satisfaisants qu'il n'y avait pas moyen d'obtenir auparavant. Aussi l'indication de la soupe de malt est précise dans les cas d'atrophie de nourrissons qui se produisent au cours de l'allaitement au sein.

En suivant cet ordre d'idées, la question qui se pose est de savoir comment se comportent, vis-à-vis de l'alimentation par la soupe de malt, les cas de troubles digestifs chroniques engendrés lors de l'alimentation avec une nourriture riche en *hydrates de carbone.* S'il s'agit d'un enfant qui pendant un temps prolongé a été exclusivement nourri à la soupe de malt ou aux panades, notre soupe de malt est absolument à déconseiller. Une des contre-indications de cet aliment se trouve ainsi établie (1). (*A suivre.*)

(1) Je veux faire remarquer, en passant, que dans un cas de maladie de *Wœller Barlow*, apparue au cours de l'allaitement avec du lait de Backhaus, l'alimentation avec la soupe de malt n'amena aucune amélioration des phénomènes morbides, qui ne se dissipèrent qu'après l'administration du lait de vache frais.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Cas fruste de maladie de Barlow (1). — M. Variot. — Dans cette observation qui concerne un enfant de sept mois alimenté au lait maternisé depuis l'âge de deux mois, il semble à l'auteur que l'usage de ce lait a joué le rôle de cause efficiente. L'orateur termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° Il est douteux que le type morbide décrit par Barlow comme scorbut infantile doive être rapproché du scorbut des adultes. Il est vraisemblable, comme l'admet M. Ausset, qu'il s'agit d'un rachitisme hémorragique.

2° Le rachitisme hémorragique reste en France une maladie exceptionnelle ; un très petit nombre de faits ont été publiés depuis la communication de M. Netter, et cependant le nombre des enfants qui reçoivent du lait stérilisé est très grand.

3° Il est à craindre que les manipulations, les modifications du lait ne prédisposent à cette affection ; le lait maternisé semble être plus souvent en cause que le lait pur.

4° La maladie, malgré ses allures bruyantes, ne paraît pas extrêmement grave. Il est peu probable qu'elle soit méconnue, à cause de l'intensité des douleurs et du gonflement. Le changement de lait et de régime alimentaire est rapidement curatif.

Diagnostic des méningites infantiles par la réaction du liquide céphalo-rachidien sur le sang du porteur (1). — MM. E. Weill et M. Péhu ont appliqué au diagnostic des méningites infantilles le procédé récement inauguré par M. Bard : hématolyse par la réaction du liquide céphalo-rachidien pathologique sur le sang du porteur. Cette méthode, qui est dérivée de celle employée par Widal, repose sur le principe des variations de la pression osmotique du liquide céphalo-rachidien par rapport au sang du malade.

D'*hypertonique* qu'il est à l'*état normal*, le liquide céphalo-rachidien devient *hypotonique dans les méningites*. Ce changement se traduit par un abaissement du point de congélation, dans l'épreuve de la cryoscopie. Mais cette dernière n'est possible que grâce à une instrumentation compliquée; il est, de plus, nécessaire d'avoir à sa disposition une quantité assez notable de liquide céphalo-rachidien. Le procédé de M. Bard est d'une technique beaucoup plus simple. Il est basé sur les changements qui se produisent lorsqu'on met en présence le sang du malade et le liquide céphalo-rachidien pathologique. Si la tension osmotique de ce dernier est modifiée, apparaît le phénomène dit du *laquage*

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 1er mars.

(coloration en rouge ou rose du liquide en dehors du caillot), explicable par la mise en liberté de l'hémoglobine des globules rouges dans le sérum additionné de liquide rachidien; cette mise en liberté de l'hémoglobine, suivant l'ypothèse de DE VRIÈS, confirmée par les travaux de HAMBURGER, constitue le phénomène de la *plasmolyse*.

Dans cette méthode, après une ponction de Quinke, il suffit de recueillir une certaine quantité (3 à 5 cc.) de liquide céphalo-rachidien; en adoptant la technique proposée par M. BARD (Soc. de biologie, 9 et 16 février 1901), on voit, après centrifugation d'une demi-minute seulement, à l'appareil de KRAUS, ou après repos simple de dix à douze heures, se produire le phénomène du laquage si, par suite d'une méningite, la tension osmotique du liquide rachidien est modifiée.

Les cas de MM. WEILL et PÉHU se répartissent comme suit:

Deux fois, le laquage s'est produit. Il s'agissait d'enfants de 3 et 4 ans, atteints de méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie.

Dans six autres observations, le phénomène a été négatif. Après addition d'une goutte de sang et centrifugation, le mélange de sérum exsudé du caillot et de liquide céphalo-rachidien restait absolument incolore. Dans deux de ces cas, l'enfant a guéri rapidement. Un autre, ponctionné il y a huit jours, ne présente plus aucun signe manifeste de méningite. Les trois autres, enfin, ont été autopsiés. Nous avons trouvé de l'entérite, de la broncho-pneumonie simple ou tuberculeuse, mais une intégrité complète des centres nerveux et des méninges.

Un seul cas a été en contradiction avec les résultats précédents: il s'agissait d'un enfant de 9 ans qui présentait cliniquement le tableau de la méningite tuberculeuse. Par deux fois, après ponction, le phénomène a été négatif. Malheureusement, par suite d'une opposition faite par la famille, l'autopsie n'a pu être pratiquée. Il est, toutefois, permis de penser qu'on avait affaire seulement à un tubercule cérébral, sans méningite vraie, au sens anatomo-pathologique, ou bien encore à une méningite localisée, en plaques, comme on l'observe chez l'adulte. Ce qui rend plausible cette hypothèse, c'est que l'analyse chimique montra 0 gr. 29 centigr. d'albumine pour 100 dans le liquide retiré par ponctions, tandis que, dans la méningite, la proportion d'albumine atteint au moins 10 grammes par litre de liquide. L'analyse histologique ne nous a, d'ailleurs, montré aucun élément cellulaire après centrifugation.

La méthode préconisée par M. BARD se recommande par la simplicité de sa technique. Elle peut être utilisée dans la pratique courante. Il n'est pas besoin d'insister sur son importance pour trancher le diagnostic, fréquemment difficile à poser, entre les *méningites vraies* et les *états méningitiques de l'enfance*, tels que: convulsions, méningisme, etc. C'est dans ces cas que la recherche

de la réaction du liquide céphalo-rachidien sur le sang du porteur peut rendre les plus grands services. Dans 88, 8 % de nos cas, le procédé a donné des résultats décisifs pour le diagnostic. Il est bon, pour donner une sûreté plus grande encore aux constatations, de recueillir quelques gouttes de sang pur, dans le cas où se produirait un laquage spontané du sang, comme le fait a été vu, surtout chez les enfants, par quelques auteurs (HAYEM, LENOBLE) dans certaines toxi-infections.

La recherche de la réaction cadavérique donne toujours des résultats négatifs, comme s'il s'établissait, après la mort, comme une sorte d'équilibre osmotique entre les différentes humeurs de l'organisme. Ce fait est à rapprocher d'une constatation de MM. WIDAL, SICART et RAVAUT. Ces auteurs ont vu, en effet, qu'après la mort, la formule cellulaire du liquide céphalo-rachidien semble se modifier.

Globules blancs dans l'ictère (1). — MM. ACHARD et LOEPER ont trouvé que la formule sanguine dans l'ictère est variable. La colique hépatique donne de la leucopénie avec retour rapide à la normale; l'ictère catarrhal produit une leucocytose et une polynucléose légère au début, puis un abaissement marqué allant jusqu'à l'inversion. Les ictères infectieux, hépatites aiguës, angiocholites font de la polynucléose et de la leucocytose. Les cancers du foie ou du hile modifient variablement la formule, les hépatites chroniques avec ictère montrent de la leucopénie avec prédominance de polynucléaires. Expérimentalement on ne retrouve pas là présence de l'ictère en injectant de la bile aux animaux. Cette formule n'est pas fonction de l'intoxication biliaire, mais de la cause de l'ictère.

Hémolyse dans les épanchements hémorragiques (2). — M. MILIAN. — M. BARD (de Genève) a montré dans les pleurésies hémorragiques d'origine cancéreuse, l'hémolyse marquée qui se traduit par le laquage du sérum. L'auteur a observé le même fait dans un cas de sarcome pleuro-pulmonaire vérifié à l'autopsie; il l'avait déjà constaté dans une pleurésie hémorragique d'origine gangréneuse et dans un hémothorax traumatique. Dans la pleurésie hémorragique d'origine gangréneuse où pullulaient de nombreux germes, des anaérobies en particulier, l'hémolyse était manifeste, et au microscope on constatait un grand nombre de globules rouges altérés de formes et de dimensions. Au vingtième jour, dans l'hémothorax traumatique, l'hémolyse était nulle, et les globules rouges morphologiquement intacts.

Deux trichocéphales dans l'appendice iléo-cæcal (3). — M. GIRARD. —

(1) *La Province médicale*, 9 mars 1901.
(2) Société de biologie, séance du 23 février 1901.
(3) Société de biologie, séance du 9 mars.

Le premier cas d'appendicite avec appendice contenant un trichocéphale a été récemment signalé par Guinard. En voici un second. Dans le décours d'une fièvre typhoïde, une petite fille de 8 ans fut atteinte de vulvite intense qui ne fit que s'exagérer; en même temps apparut une douleur vive dans la fosse iliaque, surtou à gauche. Les phénomènes péritonéaux s'accentuèrent, la fièvre se manifesta. On dut opérer d'urgence.

Il y avait péritonite en évolution, et la trompe était tuméfiée. On reséqua l'appendice, qui paraissait sain à l'œil nu. L'enfant guérit bien.

L'appendice examiné montra deux vers accolés occupant sa partie inférieure. C'étaient deux trichocéphales mâle et femelle; l'un d'eux avait son extrémité antérieure pénétrant dans la muqueuse. Autour d'eux, il y avait des œufs en assez grande quantité.

Nystagmus congénital avec mouvements associés de la tête. — M. Jacqueau a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon (1) une femme âgée de 42 ans et un de ses enfants âgé de 7 ans aujourd'hui. Tous les deux sont atteints de *nystagmus congénital avec mouvements associés de la tête*. Les oscillations sont rythmiques. On en compte environ 80 à l'heure chez l'enfant, de 120 à 130 chez la mère. En même temps existent des oscillations rythmiques de la tête, de faible amplitude et de fréquence égale. Les mouvements des yeux se font uniquement dans le sens horizontal. Pas de tare nerveuse dans les antécédents. Pas de troubles visuels bien sensibles. L'acuité est de 5/5, 5 chez la mère. L'enfant n'a qu'une très légère hyperopie. Pas de cataracte congénitale, pas d'albinisme.

On se trouve donc en présence d'un nystagmus essentiel, héréditaire, probablement d'origine centrale, soit par troubles de développement encéphalique, soit par troubles de conduction nerveuse. On dit souvent que le nystagmus congénital est héréditaire, mais il est assez rare de le constater. Ce cas est des plus nets et, de ce fait, assez intéressant.

Zur symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen im fruhen Kindesalter (*Symptomotologie des affections cérébelleuses dans la première enfance*), par le Dr Gustav Hahn (2). — Une enfant de quatre mois est amenée par sa grand'mère, tuberculeuse, *parce qu'elle toussait, et, depuis quinze jours, avait sans cesse des mouvements de rotation de la tête*. Il y avait de la raideur de la nuque. Les deux yeux, ou un seul, se mettaient en adduction. Respiration rude. La ponction lombaire permit l'évacuation avec une pression moyenne, 3 centimètres cubes de liquide clair ne renfer-

(1) Séance du 27 février 1901.
(2) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1900.

mant pas de bacille de Koch ; mais on ne fit pas de cultures. L'enfant mourut quelques jours après.

A l'autopsie, il y avait un tubercule du cervelet et une méningite tuberculeuse miliaire très limitée à la face inférieure du cerveau.

Les mouvements de rotation de la tête n'ont guère été signalés encore dans les cas de tubercules du cervelet ou de méningite tuberculeuse.

Primary diffuse small-celled sarcoma of the parietal pericardium (*Sarcome à petites cellules primitif diffus du péricarde pariétal*). —J.-C Williams et A.-L. Miller (1).— Garçon de treize ans, observé le 29 décembre 1896 ; les grands-pères maternel et paternel sont morts de cancer de l'estomac ; la grand'mère maternelle est morte peut-être de la même affection, et une tante de cancer du sein. Enfant nerveux. En mai 1896, il commença à se plaindre de fatigue et de faim. Pâleur et amaigrissement. Matité au niveau du poumon gauche. Toux pénible, respiration 30 par minute, pouls 120, faible et irrégulier ; deux semaines après, douleur au côté gauche et épanchement avec saillie des espaces intercostaux. Déglutition difficile, dyspnée progressive, anasarque finale. Après trois mois d'observation, mort le 2 avril 1897.

A l'autopsie, le poumon gauche dépassait le droit de un pouce et demi. Une grosse tumeur recouvrait uniformément le péricarde et adhérait à la paroi abdominale en avant, et au diaphragme en bas. Le poumon gauche était comprimé et même l'expansion du poumon droit était gênée par la tumeur. Pas d'engorgement ganglionnaire. Poids de la tumeur avec les poumons adhérents : six livres un quart. L'incision montra le cœur libre dans le péricarde. La tumeur est irrégulièrement arrondie, lobulée, dure, de couleur jaune blanc. Circonférence verticale antéro-postérieure : 48 centimètres. Circonférence transversale : 44 centimètres. Cœur normal.

La structure du néoplasme est composée de cellules avec interposition de substance fibro-élastique. Les cellules, très abondantes, sont petites, rondes, de volume uniforme, gros noyaux. Vaisseaux sanguins très petits et peu nombreux. Pas d'altération du myocarde ni de l'endocarde.

CHIRURGIE INFANTILE

Malformation congénitale de l'œsophage. — Le Dr Colleville présente à la Société médicale de Reims (2) les pièces et les dessins d'une malformation congénitale de l'œsophage, chez un bébé qui a vécu quatre jours. Cet enfant, bien conformé pour le reste du

(1) *The N.-Y. med. Journal*, 1900.
(2) Séance du 9 décembre 1900.

corps, ne pouvait téter. Chaque fois qu'il essayait d'ingurgiter une goutte de lait, celle-ci était immédiatement rendue. Si on lui faisait absorber la valeur d'une cuillérée à café de liquide, immédiatement il toussait et asphyxiait. Mort d'inanition, malgré les lavements alimentaires.

La dissection de la pièce montre que l'œsophage se divise en deux parties parfaitement distinctes l'une de l'autre. L'organe en haut se compose d'un cul-de-sac infundibuliforme, dont le sommet inférieur descend jusqu'au onzième cartilage trachéal, tandis que la base se continue normalement avec le pharynx. En bas, la portion cardiaque, attenant à l'estomac, se dirige obliquement en haut et à droite pour pénétrer à travers la paroi postérieure de la trachée, confondre en partie ses fibres musculaires avec celles de l'organe, se frayer une route en s'ombiliquant à la hauteur du 14e cartilage trachéal et plonger sur la ligne médiane en faisceau longitudinal musculaire sous-muqueux, bien saillant, jusqu'au voisinage du cartilage cricoïde. On comprend que la goutte de lait pénétrait dans le sac supérieur et qu'une plus grande quantité de liquide gagnait immédiatement les bronches. La gastrostomie eût été une opération inutile.

Présentation d'un fœtus préhistorique (1). — M. Delore a présenté à la Société nationale de médecine de Lyon un fœtus provenant de la grotte d'Antélias en Syrie. Il était associé à des ossements humains préhistoriques et à des silex taillés. Il date donc de l'époque *paléolithique*.

Les ossements sont : un *pariétal droit*, dont le bord interne seul est érodé ; *cinq côtes* de la région moyenne, deux gauches et trois droites ; *deux fémurs*, le gauche et le droit. Longueur réelle 70mm, et 92 en supposant des épiphyses ; un *tibia* droit ; un humérus gauche ; un radius droit.

L'*âge* approximatif de ce fœtus a paru huit mois et demi, car la longueur obtenue par la méthode de M. Rollet, en se basant sur la dimension des fémurs, est de 477mm.

En effet : $\frac{92 \times 100}{193} = 47, 7.$

Trépanation et drainage du sacrum et de la colonne vertébrale pour une ostéite lombo-sacrée avec abcès par congestion se déversant dans la vessie ; guérison. — M. Vincent a guéri un jeune garçon, âgé de 12 ans, d'un mal de Pott lombo-sacré en trépanant le sacrum et drainant la région lombaire et le bassin. On voit dans la région sacrée, au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite et dans la région lombaire, à la hauteur des premières lombaires et à droite de la ligne médiane, des cicatrices déprimées et nacrées, qui adhèrent au squelette et témoignent par leur aspect de la parfaite guérison des opérations pratiquées. Le

(1) Séance du 28 janvier 1901.

jeune garçon se tient fort droit et n'a pas la moindre gibbosité ; il marche et court sans peine et sans corset. Voici son histoire résumée :

En mars 1897, l'enfant ayant 9 ans entra à la Charité avec les signes manifestes d'un mal de Pott lombo-sacré et en plus avec une pyurie déjà ancienne. Il s'agissait de savoir d'où venait le pus qui s'écoulait avec les urines. Était-ce le produit d'une pyonéphrite tuberculeuse, d'une cystite tuberculeuse ? Était-ce une fistule d'origine osseuse ouverte dans la vessie ? M. Vincent procéda à un cathétérisme explorateur très attentif. Il acquit bientôt la conviction que ni les reins, ni la vessie n'étaient en cause, et que le symptôme pyurie était lié au mal vertébral, comme l'effet l'est à sa cause. L'extrémité mousse du cathéter allait buter trop aisément dans le sacrum pour que le réservoir urinaire n'eût pas un rapport immédiat et intime avec le squelette. Cependant on n'obtenait pas de choc osseux crépitant, ce n'était qu'un choc osseux matelassé, si l'on peut ainsi parler. Incité par cette présomption, le chirurgien, qui avait d'autre part porté le diagnostic d'abcès par congestion pelvi-sacrée, crut devoir créer une dérivation au pus, tant pour guérir le mal de Pott que pour faire disparaître la solution de continuité par laquelle la vessie était devenue un prolongement de l'abcès par congestion.

Il pratiqua donc au ciseau et au maillet une large brèche ayant à peu près pour centre le milieu de l'articulation sacro-iliaque droite et empiétant à la fois sur l'aile du sacrum et l'os des îles ; les liquides s'écoulèrent par cette voie qui fut munie de deux drains accouplés. Les liquides étaient purulents, mais il n'était pas démontré qu'ils continssent de l'urine.

Pour achever la démonstration de la communication présumée entre la vessie et l'abcès par congestion, M. Vincent poussa par le canal de l'urèthre une injection colorée ; elle sortit par la brèche faite au sacrum. Un autre jour, il fit l'expérience en sens inverse : l'injection passa de la plaie sacrée à la vessie. Il n'y avait donc plus de doute, et le diagnostic se trouvait confirmé et le traitement justifié. Du reste, les urines cessèrent bientôt d'être purulentes ; puis l'ostéite sacrée et l'intervention de sacrumectomie partielle guérirent aussi, lentement, comme c'est la coutume pour les affections osseuses. L'enfant a été envoyé en convalence à Giens. L'an passé, il a eu une poussée d'ostéite vertébrale dans la région lombaire. L'intervention sanglante lui a permis d'en guérir également.

Par cet exemple, on voit que la chirurgie rachidienne interventionniste atteint des résultats fort satisfaisants.

Kyste dermoïde de la verge (1). — M. Duret présente à la Société

(1) Séance du 15 février 1901.

anatomo-clinique de Lille un petit kyste dermoïde qu'il a enlevé chez un enfant de 3 ans. La tumeur, située sur le dos de la verge, était allongée dans le sens antéro-postérieur, et mesurait environ 2 centimètres. L'extirpation montre qu'elle était entourée de toutes les enveloppes de la verge, et d'une couche graisseuse, sauf à sa partie inférieure, où elle adhérait à la capsule fibreuse du corps caverneux.

Le contenu de la tumeur était celui des kystes dermoïdes. Ces kystes sont très probablement consécutifs à une invagination par pincement du dos de la verge, pendant la période de développement.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Les sérums organiques. — E. VIDAL (1). — 1° Sauf le sérum antidiphtérique, aucun sérum n'a encore donné les résultats qu'avaient permis d'escompter des expériences de laboratoire trop hâtivement étendues à l'homme ;

2° Il semble que tous les sérums dits antitoxiniques n'agissent ni sur le microbe, ni sur la toxine, mais sur les cellules de l'organisme qu'ils aident à lutter contre l'ennemi microbien ;

3° En conséquence, les sérums d'animaux immunisés ne semblent pas, jusqu'ici, avoir une action spécifique certaine, mais une action certaine générale ;

4° Etant donnée l'incertitude qui règne encore dans l'utilisation des sérums animaux en thérapeutique, il vaut mieux que le praticien continue à n'employer couramment que les sérums dits artificiels, sauf dans quelques cas particuliers à indications précises.

Le sérum antidiphtérique. — H. GILET (2). — 1° Le sérum antidiphtérique nous apparaît comme un remède d'une valeur souveraine : le prouvent les statistiques de mortalité et le rapport entre la morbidité et la mortalité, tels qu'ils sont aujourd'hui, comparés à ce qu'ils étaient avant la sérothérapie.

Il y a relativement moins d'opérés et une plus grande proportion de guéris.

Les objections destinées à atténuer les faits s'appuient sur des exceptions sans portée générale.

2° Il entraîne avec lui quelques accidents, mais bénins : les érythèmes, une poussée fébrile bénigne, quelques athralgies, peut-être de l'albuminurie, mais d'une fréquence relative, quoique dus manifestement au sérum.

3° Son emploi comporte des questions de doses, assez bien fixées aujourd'hui en général.

4° Il y a une importance capitale à faire l'injection le plus tôt

(1-2) Séance de réunion des « Sociétés de médecine de Paris, médico-chirurgicale, de médecine et de chirurgie pratiques ».

possible et à dose suffisante pour obtenir le maximum de rendement.

5° C'est pourquoi, sauf dans les cas tout à fait bénins, on doit adopter la pratique de faire l'injection immédiate sans attendre la réponse de l'examen bactériologique.

6° Une injection peut suffire, et il faut savoir attendre au moins douze heures, même vingt-quatre heures, avant d'en faire une seconde ; toutefois, dans les cas sévères, quand les phénomènes ne s'amendent pas et encore plus s'aggravent, il ne faut pas hésiter à répéter l'injection.

7° L'immunité n'est que provisoire, d'environ un mois.

8° On peut utiliser le sérum comme agent prophylactique, principalement dans les agglomérations d'enfants.

9° La technique est simple : c'est celle de toute injection sous-cutanée copieuse.

Elle réclame des précautions minutieuses d'asepsie et d'antisepsie.

Les sérums artificiels. — H. Hallion (1). — Le terme de « sérum artificiel » a été critiqué à bon droit, car aucun des liquides ainsi dénommés n'imite, même grossièrement, la composition si complexe du sérum sanguin.

Les sérums artificiels peuvent être divisés en trois catégories suivant qu'ils sont *dilués*, *concentrés* ou *médicamenteux*.

La solution de chlorure de sodium à un titre voisin de 7,5 0/0 représente le sérum artificiel le plus usité. L'innocuité de cette solution est démontrée aussi largement que possible.

L'injection sous-cutanée est le mode d'emploi le plus usité. On sait qu'il est bon de ne pas trop dépasser 250 gr. à la fois, en un même point, et qu'il ne faut pas précipiter la vitesse dans l'injection.

Le haut degré d'immunité de ces injections doit être tout d'abord rappelé.

Pour ce qui concerne leurs *effets*, la théorie du *lavage du sang* ne semble pas établie d'une façon péremptoire, ni au point de vue expérimental, ni au point de vue clinique. Il faut attribuer un rôle de premier ordre à d'autres effets physiologiques dont la valeur thérapeutique est considérable.

L'élévation de la pression artérielle — quand cette pression était anormalement basse — n'a pas de procédé plus sûr que les injections de sérum. Or, on sait que la chute profonde de la pression artérielle constitue pour l'organisme une menace immédiate de mort. L'action de l'eau salée paraît tenir, en pareil cas, à deux causes principales : *a*) l'augmentation de la masse sanguine, phé-

(1) Séance de réunion des « Sociétés de médecine de Paris, médico-chirurgicale, de médecine et de chirurgie pratiques ».

nomène purement mécanique ; *b*) la stimulation du système nerveux cardiaque et vasomoteur, phénomène d'ordre vital.

La stimulation du système nerveux est d'ailleurs générale ; elle se traduit, chez les malades en état de dépression ou de collapsus, par le rappel des forces, le réveil de l'intelligence et de la sensibilité.

Les indications de la méthode sont bien connues. Elles résident dans : 1° les hémorragies ; 2° les diverses formes de collapsus ; 3° certaines intoxications, soit exogènes (empoisonnements), soit endogènes (auto-intoxications) ; 4° les infections.

Ajoutons que certains symptômes constituent par eux-mêmes, quelle que soit leur cause, des indications formelles : c'est l'*hypotension artérielle* et la *dépression nerveuse*, dont le type le plus sévère est représenté par le *coma*.

Quant aux *contre-indications*, la logique la plus simple les prévoit et l'observation les a confirmées. L'excès de liquide introduit devra s'éliminer par les reins ; donc, sauf imminence du péril, on épargnera aux reins malades une tâche qu'ils pourraient ou bien refuser, ou bien n'accomplir qu'à leur détriment.

L'augmentation de la masse du sang imposerait au cœur un accroissement d'énergie ; donc, il faudra ménager un cœur préalablement lésé. Les affections pulmonaires telles que l'emphysème, qui diminuent la perméabilité du poumon, constituent un obstacle à l'évacuation du cœur droit dans le cœur gauche, et cet obstacle deviendra plus difficile à vaincre si la masse du sang augmente ; de là encore un écueil à éviter. Enfin, l'augmentation de la pression artérielle pourrait être fatale à des vaisseaux fragiles ; on craindra donc l'hémorragie cérébrale chez un athéromateux. Lésions rénales, cardiaques, pulmonaires, artérielles, telles peuvent donc être les contre-indications.

Mais ces contre-indications, aussi bien que les indications positives, peuvent avoir des valeurs relatives très différentes suivant les cas. Parfois, quand la mort est imminente, l'urgence d'un relèvement immédiat de la pression sanguine prévaut contre toute considération ; d'autres fois, il appartient à la sagacité du praticien de soupeser et de comparer des arguments contradictoires. Les injections peu abondantes, hypodermiques, peuvent être de mise alors que les injections massives, intra-veineuses, seraient téméraires.

Du lait de chèvre dans l'alimentation des nouveau-nés. — M. Besson communique à la Société anatomique de Lille (1) l'observation d'un cas d'athrepsie qui fut très rapidement amélioré et guéri par l'emploi du lait de chèvre, alors que le lait de vache coupé d'eau de Vals et le lait stérilisé n'avaient produit aucune amélioration. Il croit

(1) Séance du 6 février 1901.

que ce mode d'alimentation a été frappé d'une défaveur immméritée ; le lait de chèvre, en effet, est très riche en phosphates, il renferme plus de sels et de caséine que le lait de femme, il est plus pauvre en sucre, d'où l'indication de l'additionner d'eau légèrement sucrée chez les nourrissons..

Traitement de l'appendicite. — M. Kirmisson proclame l'efficacité du *traitement médical* au début, et se prononce carrément pour l'opération à froid. Il veut qu'on soumette l'enfant à la diète absolue, à l'opium, à la glace sur le ventre, etc. Mais il croit que pour parer aux accidents d'infection intestinale qui se produisent parfois, il convient de donner des lavements évacuateurs. Ces lavements, qu'il conseille quotidiens, seront donnés quand l'enfant n'aura plus ni douleur de ventre, ni fièvre, en un mot, quand il aura fait sa défervescence.

M. Le Gendre partage l'avis de M. Kirmisson ; mais il ne voit la nécessité d'évacuer l'intestin que lorsque l'alimentation intervient.

M. Méry croit aussi à l'utilité de combattre l'encombrement intestinal, source d'infection et de fièvre.

M. Villemin partage l'avis de M. Kirmisson, sauf en ce qui concerne l'usage de l'opium. Ce médicament amène la constipation et masque la douleur qui est si utile pour le diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

BROCHURES

Bemerkungen über den Werth der Phosphotherapie bei Rachitis. — *Quelques remarques sur la valeur du traitement du rachitisme par le phosphore* (1). — Monti, après un historique de la question et un examen des données expérimentales et cliniques ordinairement citées par les partisans du traitement phosphoré du rachitisme, arrive aux conclusions que nous résumons ci-après :

1° L'emploi du phosphore dans le rachitisme date de plus loin qu'on ne croit. En effet, déjà Hannemann l'a préconisé, et Trousseau l'a prescrit aux mêmes doses que les partisans contemporains de cette médication. Du reste, le traitement de Trousseau fut appliqué après lui par nombre de médecins.

2° La phosphothérapie ne repose jusqu'à présent sur aucune base expérimentale solide. Les recherches de Wegner, imitées par les partisans de cette médication, ont fait émettre à ceux-ci une hypothèse absolument inapte à démontrer l'action curative

(1) Tirage à part de *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1901, n. 3.

du phosphore sur le processus rachitique. Il ne faut pas oublier que cette preuve ne sera apportée que le jour où l'on aura démontré que le phosphore administré à petites doses guérit les animaux atteints en bas âge de rachitisme.

3° Quant aux observations cliniques, nous n'en possédons encore aucune qui prouve d'une manière irréfutable l'influence favorable du phosphore sur le processus rachitique qui continue malgré le traitement. Les améliorations dans l'état des os du squelette observées au cours de rachitisme chez des enfants se trouvant dans de bonnes conditions hygiéniques, ne sont pas attribuables au phosphore. La marche clinique du rachitisme ne pourra être suivie rigoureusement qu'à l'aide de pesées exactes et de mensuration des divers facteurs de la croissance ; c'est seulement après ces recherches préliminaires qu'on pourra s'assurer si le phosphore est doué réellement d'un effet curatif. Or, les partisans de la phosphothérapie n'ont jamais pris le soin d'observer dans un cas donné l'influence de chaque facteur de la croissance. Aussi, leurs résultats ne peuvent-ils être vérifiés cliniquement.

4° L'huile de foie de morue phophorée est une mauvaise préparation, et en la prescrivant on n'est jamais sûr d'administrer la dose quotidienne désirée de phosphore.

Il résulte donc de ce qui précède que, conformément à l'opinion de Tweifel, on n'a jusqu'à présent apporté aucune preuve expérimentale ni clinique en faveur de l'action spécifique du phosphore pur, non oxydé. Il est absolument certain que le phosphore peut être administré à petites doses sans danger aucun.

Mais dans la plupart des prescriptions ce but n'était pas atteint, et par conséquent les prétendus succès obtenus par cette médication ne supportent pas la critique. Aussi, Monti considère-t-il la phosphothérapie du rachitisme comme ayant vécu.

Perchè in quest'anno la difterite si è mostrata più micidiale nei bambini? — *Pourquoi cette année la diphtérie était-elle plus meurtrière chez les enfants en bas âge.* — Dr L. M. Spolverini (1). — La mortalité par diphtérie de 15,5 à 16,5 p. 100 qu'elle était pendant les années scolaires 1895-1899, est montée la dernière année à 28,5 p. 100 environ. L'examen des causes qui ont amené cette élévation de la mortalité permet à l'auteur de formuler les conclusions suivantes :

1° L'infection diphtérique développée à Rome pendant l'année scolaire 1899-1900 présente une marche assez grave, et la mortalité observée a atteint un chiffre exceptionnel.

2° L'épidémie violente de rougeole qui a sévi à Rome de décembre 1899 à mai 1900, en diminuant la résistance des petits enfants, les a considérablement prédisposés à l'attaque du bacille

(1) Rome, tirage à part du *Supplemento al policlinico,* anno 1900.

de Lœffler, surtout à sa localisation dans le larynx, d'où la gravité plus accusée et la léthalité plus prononcée de la diphtérie.

3° Les formes mixtes (pharyno-laryngées) de la diphtérie, ainsi que sa localisation au larynx qui, cette année, était d'une fréquence exceptionnelle (presque le double de celle des 4 années précédentes), présentent d'une part la cause la plus évidente de la grande gravité de l'affection et, d'autre part, ainsi que le démontrent les données statistiques, d'autres affections ont contribué grandement à augmenter le nombre des issues fatales. Quoi qu'il en soit, la diphtérie laryngée peut être chez les enfants en bas âge la cause de la mort presque foudroyante.

4° Les associations bactériennes au cours de la diphtérie, observées assez souvent par l'auteur, ont contribué d'une manière certaine à l'issue fatale. En effet, dans la grande majorité des décès par diphtérie, il s'agissait d'une infection bactérienne mixte.

5° La statistique de la mortalité par la diphtérie a démontré l'énorme différence entre les cas compliqués par une maladie intercurrente et les cas non compliqués : de 6,58 p. 100 dans les derniers, elle est montée à 55,35 p. 100 dans les premiers. En comparant la statistique des complications survenues pendant les années scolaires 1895-1899 (8 par année en moyenne) avec celles de 1899-1900 (16), on verra que le nombre des complications a doublé pendant cette année. Or, le nombre de décès a augmenté dans la même proportion (de 4,5 p. 100 en moyenne à 9 p. 100).

6° Comme les années précédentes, la sérothérapie diphtérique a donné d'excellents résultats.

7° Le sérum employé par l'auteur à l'hôpital provenait dans la majorité des cas de l'Institut de Milan. Dans quelques cas on s'est aussi adressé au sérum de l'Institut de Turin, à celui de Behring et à celui de l'Institut Pasteur de Paris : tous ont donné de bons résultats.

8° La quantité de sérum inoculé fut à l'hôpital en moyenne de 3000 à 4000 unités (on a tenu compte de l'état d'extrême gravité dans laquelle se trouvaient les petits malades) : comme pour les années précédentes, cette année aussi les premiers signes d'amélioration ont été notés dans les premières 24 heures.

9° Le sérum antidiphtérique n'a presque jamais donné naissance à des phénomènes secondaires fâcheux. Ainsi, pendant les 5 dernières années, on n'a observé que quelques cas très rares d'urticaire ou d'érythème scarlatiniforme, tous terminés par la guérison.

10° Dans tous les cas où le sérum a échoué et où la maladie s'est terminée par la mort, il s'agissait d'enfants amenés à l'hôpital du troisième au quatrième jour de la maladie, et même plus tard, qui ont présenté des symptômes de sténose laryngée très accusée, de cyanose intense, et chez lesquels l'intoxication générale était si avancée qu'il était absolument impossible d'espérer quelques

résultats favorables, même d'une intervention chirurgicale. Voilà pourquoi la mortalité à l'hôpital est en général le triple de celle observée en ville.

11° Presque tous les petits enfants sont entrés à l'hôpital du troisième au quatrième jour, et même plus tard, c'est-à-dire à une époque où la sérothérapie, comme l'ont démontré nombre de faits, est presque sans utilité aucune.

12° Dans plus de la moitié des cas les enfants entrés à l'hôpital présentaient les symptômes d'infection extrêmement grave : aussi sur 16 cas de mort l'issue fatale est survenue entre 4 et 28 heures après l'entrée des petits malades à l'hôpital.

13° Outre l'influence des diverses causes que nous venons d'exposer, la plus grande mortalité de cette année est due en majeure partie à l'intervention tardive de la sérothérapie. En effet, dans un petit nombre des cas où les symptômes étaient très alarmants, mais où la sérothérapie fut appliquée de bonne heure, les enfants ont guéri complètement sans complication aucune.

14° Toutes les fois que l'on aura l'occasion de suspecter un cas de diphtérie, le médecin, pour se mettre sûrement à l'abri de toute surprise éventuelle, aura soin de pratiquer l'injection de mille unités. Cette injection, tout insuffisante qu'elle soit pour guérir la diphtérie, ne présente aucun danger et peut être considérée comme suffisante pour la prophylaxie. Cette manière d'agir contribuera puissamment à diminuer la mortalité si élevée de la diphtérie.

THÈSES

Le service des douteux à l'hôpital des enfants malades, par Emile Vialle, Paris, 1900. — Voici les conclusions du travail, aussi intéressant que pratique, de M. Vialle :

1° Pour éviter la propagation des maladies infectio-contagieuses chez l'enfant, il est absolument nécessaire de pratiquer l'isolement de ces petits malades dès les premiers symptômes d'invasion.

2° La prophylaxie est inefficace si elle n'est commencée qu'à la période d'éruption.

3° La contagion par l'air n'est pas à redouter ; il faut surtout éviter les contacts directs ou indirects, seul mode de contamination.

4° L'antisepsie médicale doit être pratiquée avec autant de rigueur et de conviction qu'en obstétrique et en chirurgie. A cette condition, l'isolement dans le box vitré imaginé par M. Hutinel est parfait.

5° Il serait à désirer que ces mesures d'isolement et d'antisepsie fussent généralisées à tous les hôpitaux. Chaque service d'adultes devrait disposer de plusieurs box vitrés.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

DE L'ALCOOLISME CONGÉNITAL,

Par le Dr DELOBEL, de Noyon,

Médecin inspecteur des enfants du premier âge.

Le passage possible des poisons organiques ou minéraux de la mère au fœtus par le placenta a été prouvé par différents observateurs, Porak entre autres ; le fait existe aussi pour les poisons microbiens et les microbes eux-mêmes (Chambrelent). Mais un poison aussi diffusible, aussi volatil que l'alcool peut-il passer dans le sang de la mère au fœtus ? Déjà, de nombreux observateurs avaient affirmé l'hérédité de l'alcoolisme, et même l'hérédité similaire. Lancereaux surtout a étudié les désordres matériels dus à l'hérédité alcoolique chez le fœtus, l'enfant et l'adulte. Nous nous contenterons de rappeler ici qu'il a montré qu'à la période embryonnaire les produits issus des alcooliques sont anencéphales, hydrocéphales, porencéphales ; à la fin de la période fœtale ou dans le jeune âge, les organes nerveux se développent incomplètement (agénésies), et ces atrophies s'accompagnent de déformation de la tête, d'épilepsie, d'hémiplégie, et parfois de microcéphalie. Legrain a publié aussi de nombreux cas d'alcoolisme héréditaire ; il a même poussé loin l'étude de l'alcoolisme chez la descendance.

L'observation prouve donc, non seulement l'hérédité de l'alcoolisme, mais encore la *possibilité de l'alcoolisme chez l'enfant avant et après sa naissance.* Nicloux a prouvé, par ses expériences, communiquées à la Société de Biologie en 1899, l'existence de l'*alcoolisme congénital*, dont on ne saurait tarder à connaître les lésions anatomo-pathologiques.

D'ailleurs, on peut affirmer, sans crainte de démenti, que l'*alcoolisme féminin* est aussi répandu à notre époque que l'*alcoolisme masculin.* Les époux ne sont pas toujours nécessairement tous deux alcooliques ; mais il arrive fréquemment, hélas ! qu'ils font de l'alcoolisme à deux, l'*alcoolisme conjugal.*

L'alcoolisme féminin a des conséquences diverses et terribles. Il entraîne souvent la stérilité, et plus souvent encore l'avortement, si une grossesse survient, car « le produit de la conception

ne peut pas se greffer convenablement chez la femme qui boit » (VILLARD).

NICLOUX, après avoir fait prendre de l'alcool à plusieurs femmes sur le point d'accoucher, a retrouvé de l'alcool en proportions notables dans le sang du fœtus. Les expériences qu'il a faites sur des cobayes à la période de gestation lui ont donné les mêmes résultats. L'hérédité de l'alcoolisme se manifeste donc « non seulement à cause de la débilitation de l'organisme des procréateurs et des modifications nerveuses et mentales qu'ils présentent du fait de l'alcoolisme, mais aussi par ce fait que l'alcool exerce directement son action nocive dès la prime apparition du nouvel être, puisque le sang du père charrie de l'alcool, et que ses organes en sont imprégnés ; puisque, au fur et à mesure que l'embryon se développe, l'alcool absorbé par la mère peut passer dans le placenta (NICLOUX), puisque, enfant, l'allaitement peut encore l'alcooliser, l'alcool passant dans le lait de la mère » (TRIBOULET et MATHIEU).

Le passage de l'alcool de la mère au fœtus existe donc réellement, et il entraîne inévitablement l'intoxication de ce fœtus. L'alcool doit jouir d'une toxicité extrême envers un organisme aussi frêle, et pour un système nerveux en voie de formation. Si l'enfant vient à terme, et vivant, il est sujet à des accidents dont la cause directe est l'intempérance de sa mère. Mais la vie est de courte durée pour des êtres nés dans de semblables conditions. « La mort semble les attendre dès les premiers jours de leur naissance. Ils ne tardent pas à succomber à l'athrepsie ou à des accès de convulsions, ce qui ne doit être à regretter ni pour eux, ni pour les parents » (VILLARD).

DESVOISINS, au dire de MONIN, s'est attaché à l'étude de l'alcoolisme féminin chez la femme normande, qui présente des hémorrhagies et des parturitions dangereuses, et donne souvent le jour à un nouveau-né chétif, malingre, véritable « expression du degré intermédiaire entre la stérilité et la décrépitude du produit ».

L'existence de l'alcoolisme congénital est aujourd'hui prouvée, et cela permettra bien souvent d'expliquer la rapidité et même la soudaineté d'accidents entraînant la mort chez des enfants qui, tout en tardant à se développer, paraissaient ne pas être malades ; ou plutôt, la vérité nous force à le dire en toute sincérité, les accidents observés ne s'expliquaient point, on en ignorait la cause, et l'on se contentait de diagnostiquer des convulsions toujours d'un pronostic fâcheux. Maintenant, au contraire, les antécédents des générateurs connus, l'erreur et l'incertitude pourront être plus aisément évitées, sans que le pronostic devienne meilleur.

Nous nous permettons de rapporter ici quelques observations d'accidents mortels chez des enfants en bas âge. L'alcoolisme

maternel était certain, et, nous appuyant sur les faits et expériences de NICLOUX, nous croyons pouvoir affirmer que ces accidents étaient des manifestations d'un alcoolisme congénital.

OBSERVATION I.

Convulsions d'origine alcoolique chez un enfant d'un mois nourri au sein par la mère, alcoolique invétérée, sujette à des accès de dipsomanie. — Alcoolisme congénital. — Mort.

Mme Me..., âgée de 26 ans, est une alcoolique invétérée : sa liqueur favorite est l'eau-de-vie ; le rhum ne l'effraie pas non plus. En août 1887, j'ai eu l'occasion de la voir trois fois dans la même journée dans un état d'ébriété complète ; deux fois même on dut la ramasser dans la rue et la charger sur une brouette pour la ramener chez elle.

A certaines périodes, elle a de véritables crises de dipsomanie, et se rend alors dans les débits de boissons où l'eau-de-vie est la moins coûteuse, afin de satisfaire sa passion. En 1888, elle a eu des métrorrhagies à différentes reprises. En 1889, elle devient enceinte et accouche d'un enfant vivant, ne présentant aucun vice de conformation, et de poids normal. Celui-ci est élevé au sein ; il dort peu le jour et la nuit, il est assez souvent agité de mouvements nerveux. Le 28e jour, il a des convulsions qui se répètent plusieurs fois jusqu'au 30e jour. Il meurt à cet âge.

La mère n'est point sortie depuis son accouchement jusqu'à cette époque, et n'a pu se livrer à des excès de boisson. Le mari, qui est un homme sobre et travailleur, ne lui a apporté aucune liqueur durant ce temps, et aucune n'est entrée du dehors, car aucun débitant n'a voulu livrer de boissons à crédit. Le mari, en effet, avait fait annoncer par les journaux de la localité qu'il ne reconnaissait plus les dettes de sa femme.

Il nous semble bien que la cause des convulsions chez cet enfant si jeune a été l'alcoolisme maternel exerçant son action sur un organisme aussi frêle pendant la période de formation d'abord. L'ivresse continue de la mère durant la grossesse a nécessairement provoqué une prédisposition à l'éclampsie chez cet enfant qui, dès sa naissance, a présenté des phénomènes nerveux : agitation, insomnie. Il était donc lui-même un alcoolique *ante* et *post natum*, et l'alcoolisme congénital a continué son œuvre de destruction en amenant la mort rapide de cette victime de l'intempérance maternelle.

OBSERVATION II.

Cachexie et sclérème chez un enfant de trois semaines, né de parents alcooliques et nourri au biberon. — Mort.

Les époux Pet... sont tous deux de fieffés alcooliques. La femme savoure l'eau-de-vie chez elle, et le mari boit au dehors. Quand il rentre chez lui, c'est pour parfaire son ivresse. Tout marche à

merveille entre ces époux si bien assortis, ils se battent presque toujours et les coups pleuvent dru comme grêle. En février 1895, nous sommes appelé auprès d'un enfant âgé de quinze jours. La peau est ridée sur le front; ailleurs elle est plaquée sur les os, on dirait un vrai squelette. Cet enfant est dans un état complet de dystrophie, de cachexie profonde. Il refuse le biberon. Nous le faisons envelopper d'ouate et entourer de bouteilles chaudes. Nous recommandons à la mère de lui donner le lait à la cuiller, puisque l'enfant refuse le biberon qu'il est d'ailleurs incapable de téter. Le surlendemain, l'enfant est froid et immobile dans le berceau et présente la raideur cadavérique : les membres sont durs comme du bois. Le quatrième jour, l'état scléreux des tissus s'est généralisé à tout le corps; la face elle-même est prise. La respiration se fait à peine et l'assoupissement est profond. On dirait déjà un cadavre en regardant ce corps inerte. L'enfant meurt le cinquième jour.

L'alcoolisme des parents est indéniable, il est vrai. Jusque dans ces dernières années (avant 1895), les conditions d'existence étaient des plus misérables : on buvait, il est certain, mais moins que depuis un an. En effet, un héritage de quelque importance a permis à ces deux ivrognes de s'enivrer plus fréquemment pendant les années 1893 et 1894. L'enfant a été conçu sans doute dans un moment d'ivresse, car celle-ci est devenue l'état habituel des parents. Les cinq autres enfants nés avant cet héritage n'ont pas présenté d'accidents et ont tous vécu, malgré les mauvaises conditions des parents.

On peut devenir alcoolique sans boire : l'absorption par inhalation, c'est-à-dire l'absorption pulmonaire, existe et a ses dangers. La toxicité des produits volatils, des alcools supérieurs engendre même dans ce mode d'absorption des accidents très graves, comme l'a montré Laborde en 1888, en rapportant sa propre observation.

Observation III.

Convulsions épileptiformes ayant occasionné la mort chez un enfant d'un mois, né de parents travaillant dans une fabrique d'essences et de parfums faits avec des alcools supérieurs.

G..., enfant né de parents non buveurs, mais travaillant dans une fabrique d'essences et de parfums faits avec des alcools supérieurs dans les environs de Paris, est placé chez une nourrice de notre région en 1893. Nous le voyons, sur la demande de cette dernière, trois semaines après son arrivée, parce qu'il crie et ne dort que très peu; les membres sont assez souvent agités, les yeux roulent dans l'orbite, la face est grimaçante, la bouche déviée tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, mais sans écume. Nous prions la mère de vouloir bien venir à Noyon afin d'obtenir quelques renseignements sur les antécédents de son enfant et sur

elle-même. Nous ne trouvons pas trace de syphilis chez elle, et elle n'en avoue pas chez son mari. Elle nous apprend qu'ils travaillent tous deux dans les essences et parfums fabriqués avec des alcools supérieurs, et qu'ils ont de fréquents accès de migraine ou de céphalalgie, et même des vertiges depuis qu'ils sont employés dans cette fabrication. Les convulsions de l'enfant se répètent tous les deux jours, et il meurt à l'âge d'un mois, sans présenter l'aspect cachectique que l'on rencontre dans la syphilis héréditaire précoce.

Nous croyons qu'il s'agit ici encore d'un cas d'alcoolisme congénital, car l'épilepsie à cet âge paraît ne pas encore exister.

L'alcoolisme congénital existe donc : les recherches de Nicloux le démontrent. Les trois observations que nous publions sont d'une bien faible importance, car nous n'avons fait en réalité qu'un diagnostic rétrospectif. La connaissance des travaux de Nicloux seule nous a engagé à les publier, et nous nous demandions hier encore quelle était la cause des convulsions chez ces trois enfants que nous avions soignés, il y a déjà plusieurs années.

Notre conclusion sera de dire que dans toute éclampsie infantile, outre les multiples causes invoquées, il sera parfois nécessaire de penser à l'alcoolisme congénital quand il s'agira d'enfants très jeunes ; si l'enfant est nourri au sein, l'alcoolisme par l'allaitement joue aussi un rôle prouvé par l'expérience (Nicloux) et par l'observation d'auteurs divers.

UN CAS D'HYPERADIPOSE EXCESSIVE CHEZ UN ENFANT DE QUATRE MOIS ET DEMI,

B. P. Voltzekhovsky.

Le 19 octobre 1900, une femme vint me consulter à la policlinique de la Société de secours aux enfants malades au sujet de son nourrisson de 4 mois et demi-atteint d'une éruption cutanée (1) Ce qui me frappa dès le premier coup d'œil jeté sur l'enfant, fut son embonpoint excessif. La tête relativement petite, pyriforme, avait l'extrémité large tournée vers le tronc (tête en pain de sucre). Le cou était court; le thorax, les membres supérieurs et inférieurs très volumineux; les yeux vifs, la figure sympathique et rieuse. Aucun signe notable de rachitisme, sauf un léger épaississement des épiphyses. Les muscles fonctionnent normalement. En effet, le petit malade exécute bien tous les mouvements avec ses membres inférieurs et supérieurs et ne résiste qu'à la mensuration des diverses parties de son petit organisme. Voici les données numériques que m'ont fournies mes mensurations: la circonférence de la tête mesure 41 cm.; la circonférence thoracique au niveau du mamelon, 48 cm. ; le tour de l'abdomen au niveau de l'om-

(1) Communication à la Société de pédiatrie de Kiew.

bilic, 58 cm.; la circonférence du bras au niveau de sa partie moyenne est de 18 cm. ; le tour du membre inférieur passant par le pli inguinal est de 30 cm. ; celui de la cuisse est de 28 cm., et enfin celui de la jambe, de 20 cm. L'enfant, long de 65 cm., pèse 11 kilogrammes.

La coloration de la peau et des muqueuses visibles est normale. La peau est élastique, non œdémateuse. La couche graisseuse sous-cutanée est très développée. Les systèmes musculaire et osseux, surtout ce dernier, sont bien développés. Le thorax ne présente aucun signe de rachitisme. La fontanelle laisse pénétrer deux doigts. La langue n'est pas couverte d'enduit. Rien d'anormal au pharynx. Le cou n'est pas tuméfié. Le thymus n'est pas perceptible à la palpation. L'enfant, nourri exclusivement au sein, présente un appétit modéré. Pas de régurgitations, ni de vomissements. Selles normales, entrecoupées, de temps en temps, d'une ou de deux selles diarrhéiques. Pas de météorisme. Les veines superficielles de la paroi abdominale ne sont pas dilatées. Pas de fluctuation. Les parois abdominales sont souples, non tendues. Le rebord du foie, bien perceptible à la palpation, est distant de l'ombilic de 2 travers de doigt. La consistance du foie est molle, sa surface est absolument lisse. Rien au pourtour de l'anus. L'urine est limpide, pâle, non albumineuse. Pas d'œdème aux membres inférieurs. Depuis deux semaines environ, — coryza et enrouement léger. L'enfant ne tousse pas. La respiration est partout vésiculaire. Les bruits du cœur sont bien frappés. Le cœur n'est pas hypertrophié. Pouls à 120. Température normale. Vue, ouïe, sensibilité à la douleur, réflexes plantaires et tendineux normaux.

Pour ce qui est de l'éruption cutanée sus-mentionnée, elle est apparue, au dire de la mère, vers la sixième semaine après la naissance de l'enfant. Son caractère n'a pas changé. L'éruption se présente sous forme de papules au nombre de 10. Les papules, de coloration rouge, apparaissent d'une manière irrégulière, sans localisation déterminée, principalement au dos, à la fesse, à la partie supérieure de la cuisse, à la face palmaire et dorsale du poignet. La peau, autour des papules, n'est pas altérée : elle n'est ni tendue ni œdématiée. Les papules ne se transforment ni en vésicules, ni en pustules. Elles se recouvrent d'écailles minces, blanchâtres, qui se desquament. Après cette desquamation, les papules reprennent leur aspect initial. Quelques-unes d'entre elles s'effacent, tandis que de nouvelles apparaissent sur d'autres parties du corps. Pas de pigmentation consécutive, mais la peau s'amincit au siège des anciennes papules. Les ongles sont minces. La face plantaire des orteils est luisante et, en partie, la plante du pied. M. Varinsky, qui a bien voulu examiner le malade et photographier l'éruption, range cette éruption parmi les érythèmes papuleux.

Notre malade est né à terme. L'accouchement un peu laborieux, après 10 heures de durée, se termina sans intervention aucune. Aucun renseignement sur son poids à la naissance. Il aurait été d'une taille supérieure à la moyenne. Les tétées lui ont été données toutes les deux heures environ. C'est depuis le commencement de l'allaitement que la mère s'est aperçue de l'augmentation graduelle du poids de l'enfant. Les parents sont bien portants. Pas de syphilis avouée. La mère, âgée de 35 ans, pèse 64 kilos. Le père, âgé de 36 ans, pèse 80 kilos. Ils ont eu en tout 6 enfants. L'aînée, âgée de 13 ans, est bien portante, mais maigre. Le deuxième et le troisième enfant étaient morts-nés au 8e mois de la grossesse. Le quatrième a succombé à la suite d'une affection des organes respiratoires et du lichen. Le cinquième est mort de convulsions. Le sixième est celui dont il s'agit dans ce mémoire. Les parents se trouvent dans des conditions hygiéniques satisfaisantes.

En résumé, il s'agit d'un enfant de quatre mois et demi, né à terme de parents bien portants, de taille un peu au-dessus de la moyenne à la naissance, chez lequel, vers la sixième semaine après la naissance, s'est déclarée une éruption qui existe encore pendant l'examen. Malgré l'existence de cette éruption, le poids de l'enfant va en augmentant avec chaque mois, jusqu'à s'élever, au cinquième mois, à 11 kilos.

La manière dont augmente le poids des nourrissons pendant la première année peut être rangée sous trois types différents. Dans le premier il s'agit d'enfants dont le poids à la naissance est égal à 3250 gr., dans le deuxième à 3500 gr. et dans le troisième à 3100 gr. Supposons que, à sa naissance, notre enfant appartenait au second type, à poids maximum, c'est-à-dire qu'il pesait alors 3500 gr. Il faudrait, dans ce cas, d'après le tableau construit par les auteurs, ajouter au poids initial 1050 gr. pour le premier mois, 960 pour le deuxième, 870 pour le troisième, 660 pour le quatrième et 275 pour la moitié du cinquième mois; en d'autres termes, l'enfant devrait peser au moment de l'examen 7285 gr. au lieu de 11 kilos, son poids réel. On voit donc que ce dernier dépasse de 3715 gr. le poids normal.

Cette différence en plus doit à mon avis attirer l'attention. En effet, malgré le grand nombre d'enfants à cet âge apportés à notre policlinique, ni moi, ni mes confrères n'avons observé rien de semblable dans le cours de plusieurs années. Comby (1) affirme que l'obésité ne se rencontre pas pendant les premiers mois après la naissance. Le plus gros enfant observé par lui était âgé de 8 mois et ne pesait que 9 kilos. L'âge des autres 4 gros enfants oscillait entre 2 à 4 ans. Pour lui l'hérédité et l'arthritisme joueraient le rôle le plus important. Dans notre cas, l'hérédité, à ce qu'il paraît, n'y

(1) *Traite des maladies de l'enfance*, p. 203.

est pour rien. Je suis même d'avis qu'ici l'hyperadipose n'est nullement pathologique. Comme il résulte de ce qui précède, l'enfant ne présentait, à part l'érythème, aucun phénomène morbide. L'appétit est bon. Les appareils digestif, respiratoire et circulatoire ne présentent rien d'anormal. Le foie, il est vrai, est augmenté de volume, mais, en revanche, il n'existe aucun trouble circulatoire, ni ictère, et la surface du foie est absolument lisse. Nous avons affaire, par conséquent, à un foie graisseux, phénomène assez fréquent chez les gros nourrissons.

Mais, par contre, il est assez difficile d'expliquer la genèse de l'éruption. Mon honorable collègue, M. Barchak, qui a le premier examiné le malade à la policlinique peu de temps après l'apparition de l'éruption, a posé le diagnostic de syphilis, avec un point d'interrogation. A mon avis, il a raison. Il faut, en effet, considérer la possibilité de la syphilis : la mère a accouché par deux fois d'enfants morts-nés au huitième mois, deux autres enfants sont morts de cause inconnue pendant la première année de leur vie. D'autre part, l'éruption rebelle à toute médication externe, les plantes luisantes, les ongles atrophiés sont de nature à faire supposer l'existence possible de la syphilis. Si ce phénomène était apparu chez un enfant faible, débile, je n'aurais pas hésité un seul instant à poser ce diagnostic. Mais ce qui me rend indécis, c'est l'apparition tardive de l'éruption et l'absence au début de tout coryza, l'état stationnaire de l'éruption, qui ne se transforme pas en pustules ni en papules humides, l'absence de granglions tuméfiés et surtout l'aspect vigoureux de l'enfant : tout cela fait ordinairement rejeter le diagnostic de syphilis héréditaire.

Quoi qu'il en soit, il sera intéressant de suivre la marche ultérieure de l'état de notre malade, d'éclaircir l'étiologie de l'obésité aussi bien que de l'éruption. Son poids continuera-t-il à augmenter de mois en mois ? Quel poids présentera-t-il dans un an ou dans deux ans ? J'espère, en tout cas, qu'il me sera possible de ne pas le perdre de vue dans la suite.

Clinique infantile du professeur CZERNY.

LA SOUPE DE MALT DANS LA PRATIQUE (1),

Par le Dr Arthur KELLER,

Assistant de la Clinique des Maladies des Enfants à Breslau.

Tout ce que je viens de citer jusqu'ici en fait d'observations cliniques révèle déjà qu'une indication précise pour l'alimentation des nourrissons à la soupe de malt ne peut en général être posée qu'à partir du quatrième mois après la naissance. En nous basant sur nos expériences nous mettons en garde contre le danger que

(1) Suite. Voyez le n° précédent.

présente *l'emploi de la soupe de malt chez les enfants malades, âgés de moins de trois mois*, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants nés avant terme ou atteints de faiblesse congénitale. Il est vrai que parmi les observations citées par GREGOR, il y a un grand nombre de cas où l'alimentation à la soupe de malt a été instituée chez des enfants n'ayant pas dépassé les premiers trois mois de la vie et où cette alimentation a été prolongée pendant assez longtemps avec des résultats très favorables ; d'autre part, HEUBNER, à l'occasion de la discussion sur la soupe de malt dans la section de pédiatrie (assemblée des naturalistes à Dusseldorf, 1898), a rapporté des observations semblables chez les jeunes enfants. Néanmoins je maintiens mon avertissement, car les échecs ne manquent pas, et ils ont une importance tout autre lorsqu'il s'agit d'un nourrisson de quelques semaines que lorsqu'il s'agit d'un enfant dans le cours de la deuxième année. J'ai déjà dit plus haut qu'une observation de dix à douze jours d'alimentation à la soupe de malt suffisait pour permettre de décider avec certitude si la soupe de malt convenait à l'enfant en traitement. Lorsque chez un enfant plus âgé il devient évident que le choix de la nourriture n'a pas été bon, cette expérience de quelques jours peut éventuellement constituer un point de repère important pour diriger l'alimentation ultérieure, et nous pouvons, par un changement approprié de nourriture, intervenir encore en temps utile. Il en est tout autrement pour un enfant malade âgé de quelques semaines ; chez lui, même ce temps relativement court joue déjà un rôle important. Si donc dans un tel cas on commet une erreur dans le choix de la nourriture, il peut en résulter une aggravation telle de la maladie qu'elle peut amener la mort.

Si malgré cela le médecin veut risquer un essai avec la soupe de malt chez un nourrisson malade très jeune, il n'est autorisé à le faire, d'après ce qui résulte de ces observations, que s'il se trouve dans la possibilité de surveiller étroitement l'enfant et l'évolution de sa maladie jusque dans les moindres détails.

Il en est de même en ce qui concerne l'application de la soupe de malt au cours d'*accidents gastro-intestinaux aigus très violents* qui constituent aussi une contre-indication à l'emploi de cet aliment ; la contre-indication reste la même, qu'il s'agisse d'un nourrisson habituellement bien portant, ne souffrant que depuis peu de temps, ou d'un enfant depuis longtemps malade, chez lequel viennent se manifester les phénomènes indiquant une exacerbation aiguë de ses troubles digestifs habituels.

Dans nos publications précédentes nous avons désigné la soupe de malt comme nourriture pour des enfants atteints d'une affection gastro-intestinale. Cette expression a donné lieu à de nombreux malentendus. Ordinairement, sous le nom d'affection gastro-intestinale, on désigne surtout les troubles digestifs aigus et non point les troubles digestifs chroniques, ni les états d'atrophie dans

lesquels les symptômes d'une digestion modifiée pathologiquement sont peu accentués. Certes, parmi les observations rapportées par Gregor et par nous-même on peut isoler une série de cas paraissant aller à l'encontre de notre opinion, à savoir que l'existence de troubles digestifs graves interdit l'emploi de la soupe de malt. C'est notamment parmi les cas rapportés par Gregor dans sa première publication, qu'on constate que ceux qui donnent les plus beaux succès, en tant que résultat de l'alimentation, concernent en partie des enfants précisément chez lesquels, au début de la période du régime malté, il existait des signes de troubles digestifs aigus. Bien que ces résultats, en partie extraordinairement favorables, soient très séduisants, néanmoins la plus grande prudence est recommandée en raison de la tournure qu'a prise l'évolution de la maladie dans quelques cas où, très peu de temps après l'institution du régime malté, il survint une aggravation menaçante de tous les symptômes, de sorte que lorsqu'il s'agit du traitement par l'emploi de la soupe de malt dans la pratique, il est bon d'en exclure ces enfants.

Si, malgré la connaissance du danger que l'on court, on tient, en raison de la proportion assez faible des bons resultats qu'elle a donnés, à prescrire quand même cette nourriture même dans ces conditions défavorables, alors la plus grande prudence est à observer. Nous conseillons, en première ligne, une surveillance attentive de l'évolution de la maladie, afin d'être en mesure d'intervenir dès l'apparition du moindre symptôme menaçant. C'est dans ces cas que nous diminuons au début la teneur de la soupe en extrait de malt et en farine ; que nous administrons pendant les premiers jours les quantités le plus petites possibles de soupe, pour en augmenter ensuite les doses progressivement, etc. ; en résumé, nous prenons alors toutes les mesures pour restreindre les troubles des échanges nutritifs qui, éventuellement, pourraient se produire pendant ce nouveau régime.

On a une certitude plus grande d'éviter le danger dont sont menacés, au cours des troubles digestifs aigus, les enfants atteints d'une affection chronique, en commençant d'abord — au moins pendant toute la durée des phénomènes aigus, — par l'allaitement au sein ou, si c'est impossible, par toute autre nourriture indifférente.

Dans ces conditions, en effet, la tâche principale est d'éviter à l'enfant la production de lésions nouvelles, et ce n'est qu'en second lieu que vient la nécessité d'effacer dans l'organisme les modifications produites par la maladie précédente et d'obtenir un accroissement de la substance propre du corps. La meilleure façon d'atteindre ce double but, c'est de faire prendre au petit malade d'abord du lait de femme ou du lait de vache très étendu et de ne prescrire la soupe de malt qu'après la disparition des symptômes gastro-intestinaux aigus.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que c'est dans ces cas où notre principe : « la moindre quantité de nourriture avec laquelle nous puissions soutenir l'enfant, constitue la mesure exacte », acquiert une grande importance. Il me semble tout indiqué de mentionner ici un fait d'observation pouvant avoir son importance lors de l'emploi de la soupe de malt, car en cas de danger il peut bien nous servir d'avertissement : l'aspect et la consistance des matières, de même que le nombre des évacuations alvines par vingt-quatre heures, se trouvent généralement modifiés sous l'influence du changement de nourriture. Lorsque pendant les premiers jours du régime malté apparaît une diarrhée intense et lorsque le nombre de garde-robes monte à 8 ou 10, il faut dans tous les cas interrompre la soupe de malt jusqu'à nouvel ordre. Ceci est même encore insuffisant ; il faut de plus déconseiller l'usage ultérieur de la soupe de malt, car l'expérience nous a démontré que ces cas ne conviennent pas à cette alimentation.

Enfin, pour rester fidèle à la division de notre sujet, division établie au point de vue des indications, nous envisagerons à présent la troisième catégorie d'enfants dont le développement et la prospérité sont favorablement influencés par l'alimentation à la soupe de malt, mais qui ne le serait peut-être pas moins par une autre nourriture. A cette catégorie il faut rattacher une série d'enfants bien portants, mais se trouvant en des conditions particulières. Il y a, par exemple, des enfants qui jusqu'au 4e ou 5e mois ont été nourris au sein, qui ont bien prospéré, mais dont ensuite le développement sous l'influence d'une alimentation artificielle n'a plus fait de progrès suffisants. Bien qu'on puisse favoriser ce dernier à l'aide de l'adjonction d'un hydrate de carbone convenable, les meilleurs résultats sont néanmoins obtenus avec la soupe de malt. Ce fait est d'accord avec nos expériences sur les enfants chez lesquels pendant le sevrage déjà on avait progressivement remplacé les tétées supprimées par de la soupe de malt. Parmi les nourrissons alimentés artificiellement, il faut ici prendre en considération surtout ceux qui, *étant soumis à une nourriture pauvre en hydrate de carbone, ne prospèrent pas trop, soit que la suralimentation avec du lait de vache ait déterminé des troubles digestifs chroniques, qui sont à leur stade initial, soit que la nourriture riche en graisse ait donné naissance à des troubles digestifs*. Dans tous ces cas la soupe de malt ne présente pas un aliment d'une indication rigoureuse et par suite indispensable pour l'enfant en traitement. Avec cette question est connexe celle de la durée de l'alimentation par le malt, et que nous allons par conséquent développer ici. Dans sa réponse à cette question, le médecin praticien s'inspirera naturellement de la situation matérielle des parents du petit malade. En effet, le prix d'un litre de soupe de malt dépasse de 25 centimes celui de la même quantité de soupe au lait et à la farine, bien qu'il ne soit

pas plus élevé que celui du lait spécial dit « lait pour enfants » et moins élevé que le prix du lait gras de Gaertner et du lait de Backhaus. Chez les gens peu fortunés on restreindra, bien entendu, la prescription de la soupe de malt aux enfants chez lesquels il existe une indication très formelle pour l'emploi de cet aliment. Quand cependant il s'agit d'un tel cas et quand le succès du traitement prouve que l'indication a été très juste, alors si les moyens des parents le permettent, on prolongera cette thérapeutique alimentaire assez longtemps pour obtenir sinon la guérison, du moins une amélioration durable des troubles nutritifs antérieurs. En tout cas on prolongera le traitement au moins jusqu'à ce que par l'observation de l'enfant en général, ou spécialement par l'état du poids du corps et des fonctions gastro-intestinales, on acquière la conviction que, même après un changement de nourriture, on continuera à avoir des résultats satisfaisants. A cet effet, chez les enfants atteints d'une affection chronique chez lesquels l'indication pour cette nourriture semble formelle, un laps de temps de quatre semaines au moins est absolument nécessaire; mais il est désirable de continuer cette méthode pendant deux ou trois mois si possible.

En général, la valeur nutritive d'un litre de soupe de malt, c'est-à-dire de la quantité que nous ne dépassons pas habituellement, suffit pour satisfaire le besoin de nourriture d'un nourrisson de 5 kilogrammes de poids. Quand cette limite est dépassée, l'accroissement quotidien diminue, puis finit par faire défaut, de sorte que, pour cette raison même, on finit par se décider à un changement du mode d'alimentation.

Le moment où il faut interrompre l'alimentation à la soupe de malt n'est d'ailleurs pas si facile à déterminer. Il nous arrivait assez souvent, même dans des cas que nous comptions déjà parmi nos succès durables, d'être obligés de revenir à la soupe de malt, ne pouvant pas réussir à faire prospérer l'enfant à l'aide d'une autre nourriture.

Une autre question, étroitement liée aux précédentes, est celle de la façon dont il faut s'y prendre pour sevrer un enfant alimenté à la soupe de malt, sans risquer d'interrompre les progrès de la guérison. Il résulte de nos expériences personnelles et des observations de Gregor, que la nourriture la mieux appropriée au moment de la cessation du régime exclusif à la soupe de malt, c'est, en général, la nourriture hydrocarbonée. Nous coupons le lait avec une décoction peu épaisse de farine d'orge, d'avoine ou de froment, de mondamine ou de biscottes; pour les enfants plus jeunes on coupe encore le lait avec une sorte de soupe mucilagineuse faite d'orge, d'avoine ou de riz. Dès que les enfants ont dépassé les premiers six mois, on commence la suppression progressive de la soupe de malt en remplaçant une soupe de malt par une bouillie de gruau, de riz ou de légumes; peu à peu

on remplace, aux autres repas également, la soupe de malt par une soupe à la farine.

Ordinairement il est préférable de couper le lait, au début, de deux parties de soupe mucilagineuse ou farineuse et de n'augmenter que progressivement la teneur en lait. Dans une série de cas nous nous sommes convaincus que, lors de la cessation de la soupe de malt, l'allaitement au lait pur n'est point toléré et qu'on compromet plutôt les progrès ultérieurs du développement de l'enfant, développement favorablement influencé par la période préalable du régime à la soupe de malt.

En choisissant une nourriture destinée à suppléer la soupe de malt, on s'aperçoit rapidement que les enfants en consomment des quantités bien moindres qu'avant l'usage de la soupe maltée, même lorsqu'on essaie de corriger la saveur par adjonction d'un peu de saccharine. En raison de ce fait nous sommes obligés de ne remplacer par la nouvelle nourriture que progressivement et successivement l'un après l'autre les repas constitués jusque-là par la soupe de malt. Dans certains cas il est utile de diminuer progressivement dans la soupe la teneur en malt, jusqu'à ce que l'on arrive à donner à l'enfant de la soupe purement à la farine ; ensuite on tâche d'augmenter la quantité de lait. — Nous considérons comme assez important d'insister un peu sur tous ces détails du mode de sevrage, puisque souvent on entend indiquer comme inconvénient de la soupe de malt la difficulté qu'on éprouve à faire ensuite prospérer l'enfant avec une autre nourriture.

Nous ne voulons pourtant pas nous borner à indiquer seulement les règles de cette alimentation et à prôner notre méthode d'alimentation. En terminant, nous allons rapporter ce qu'on observe sur les enfants ainsi alimentés et quels sont les résultats auxquels nous pouvons nous attendre en instituant cette alimentation.

Lorsque nous donnons à un enfant malade une nourriture (que ce soit le lait de femme ou le lait de vache ou la soupe de malt) qui paraît appropriée pour amener la guérison des troubles digestifs existant chez cet enfant, alors, quel que soit le mode d'alimentation adopté, le processus de réparation n'offre dans ses manifestations aucune différence notable. En général, nous voyons tout d'abord survenir une modification des phénomènes gastro-intestinaux, déterminée par le genre de nourriture, et ce n'est que petit à petit que s'opère l'amélioration de l'état général de l'enfant.

Comme il est de règle, le changement de nourriture est suivi d'une modification dans l'aspect et dans la consistance des garde-robes. Lors du régime de la soupe de malt, les matières se présentent habituellement sous l'aspect d'une masse jaunâtre, épaisse, homogène, assez riche encore, d'une acidité légère,

n'ayant point l'odeur des produits de putréfaction, et offrant un volume relativement très notable. Le nombre de trois ou quatre, parfois même de cinq garde-robes par jour, est d'observation courante, tandis qu'on ne constate presque jamais une « constipation » véritable. Quand un enfant nourri à la soupe de malt n'a qu'une garde-robe par jour ou si les évacuations alvines sont encore plus rares, on arrive presque toujours à reconnaître que pour cet enfant la quantité de nourriture donnée est insuffisante.

En ce qui concerne les fonctions de l'estomac, il y a un fait important constaté par GREGOR : c'est celui de l'influence favorable exercée par l'alimentation à la soupe de malt sur les fonctions motrices de l'estomac. GREGOR a pu noter ce fait sur une série d'enfants.

Chez les nourrissons malades dont l'estomac contenait encore des résidus alimentaires quatre à cinq heures après l'ingestion lorsqu'ils étaient nourris avec du lait de femme, le lavage de l'estomac faisait constater la vacuité de cet organe déjà deux heures après l'ingestion de quantités égales de soupe de malt ; nous ne faisons que mentionner ici ce fait intéressant, qui est autre part apporté par GREGOR avec tous les détails qu'il comporte. Ce même fait d'observation contribuera peut-être à donner l'explication de cette autre constatation que chez certains enfants atteints de vomissements ce symptôme cesse dès le début de l'administration de la soupe de malt. Toutefois il ne faut pas passer sous silence que dans d'autres cas le vomissement habituel constaté avant la période du régime à la soupe de malt continuait à persister pendant cette même période, sans d'ailleurs influencer notablement le succès de cette alimentation. La quantité de la nourriture ingérée y joue naturellement un certain rôle. A ce point de vue on peut constater une certaine opposition à ce qu'on observe chez les enfants au sein. Tandis que chez ces derniers on voit ingérer des quantités minimes de nourriture non seulement pendant les premiers jours, mais encore pendant quelque temps après, l'accroissement des doses par repas n'ayant lieu que progressivement, nous trouvons, chez les enfants alimentés à la soupe de malt, apparaître un besoin considérable de nourriture quelques jours déjà après avoir opéré ce changement.

Ceci va parfois si loin que nous sommes obligés de limiter exprès la quantité d'aliments, afin de ne pas compromettre les résultats définitifs de cette alimentation, bien que les succès apparents de cette thérapeutique nouvelle soient faits pour séduire au début la mère et le médecin. Pour prouver ceci je dois maintenant insister sur la façon dont se comporte le poids du corps.

Quelles sont en général les exigences que nous imposons à une nourriture destinée aux enfants malades, au point de vue spécial de l'accroissement du corps ? Il nous est impossible de donner là-dessus des indications en chiffres. Nos exigences se déter-

mireot essentiellement d'après l'état de nutrition générale et d'après la maladie de l'enfant en question. Tandis que chez un enfant suralimenté avec du lait de vache, qui, malgré ce régime, présente encore des accroissements de poids suffisants, nous désirons obtenir des accroissements plus considérables, nous sommes trop satisfaits chez un enfant très malade, athrepsique, lorsque, au début de notre thérapeutique alimentaire nous obtenons au moins que l'enfant ne continue pas à subir des pertes de la substance propre du corps ; et lorsque les autres phénomènes morbides se trouvent favorablement influencés, nous attendons tranquillement le moment d'augmentations du poids du corps : sous ce rapport, les observations des nourrissons au sein sont très instructives. Quand on met au sein d'une nourrice un enfant alimenté artificiellement qui est tombé malade et a diminué de poids pendant plus ou moins longtemps, nous n'espérons pas que la courbe du poids remonte en quelques jours, après le changement de nourriture. Habituellement la décroissance du poids se prolonge pendant le premier temps de l'alimentation naturelle ; ensuite vient une période de poids stationnaire, laquelle est suivie alors d'une augmentation régulière du poids ; cette dernière période apparaît chez les enfants gravement malades seulement plusieurs semaines après le début de l'allaitement naturel. Ces observations sont instructives parce qu'elles nous démontrent ce que nous pouvons espérer du rétablissement d'un nourrisson malade, lors de l'emploi d'un aliment promettant un succès certain; elles sont particulièrement intéressantes pour ce qui concerne la soupe de malt. Nous avons assez souvent observé des augmentations rapides du poids dès les premiers jours de l'alimentation par cette soupe; mais aussi souvent il nous est arrivé d'observer que ces élévations brusques des courbes étaient bientôt suivies d'abaissements ou d'un état stationnaire du poids.

Ces expériences nous ont déterminés à procéder avec grande prudence dans tous les cas, même lorsque cette manière d'agir n'était pas nécessitée par la coexistence de troubles gastro-intestinaux, c'est-à-dire que nous nous sommes décidés à commencer par des doses minimes, un à deux repas par jour, et à augmenter petit à petit le nombre de repas jusqu'à cinq, ainsi que la quantité de cet aliment à chaque repas. En procédant de cette façon, on s'épargne des déceptions. En général, la soupe de malt a fait ses preuves en tant qu'aliment pouvant contribuer à faire augmenter le poids de l'enfant. Je n'ai pas à rechercher ce qui donne ces qualités à la soupe de malt ; mais le fait lui-même est établi avec certitude grâce au nombre considérable de courbes de poids, jointes aux observations publiées par Gregor et par nous, et enfin grâce à d'autres observations nombreuses faites à notre clinique.

A cette occasion rappelons qu'on a, à maintes reprises, attiré l'attention sur ce point que cet avantage de la soupe de malt ne doit pas être trop exagéré ; c'est surtout GREGOR qui a fait ressortir que la valeur principale d'une nourriture est de faire aboutir à la guérison réelle et durable. Cela veut dire que l'organisme infantile doit se fortifier à tel point que plus tard, pendant toute la période de temps qui importe en matière de maladies des nourrissons, il reste exempt des affections gastriques graves et garde la possibilité de se développer de corps et d'esprit conformément à son âge. Ensuite GREGOR a mis un soin particulier à constater quelle influence exerce la soupe de malt, et ensuite la nourriture hydrocarbonée, sur la genèse et sur l'évolution de quelques-unes des anomalies constitutionnelles de l'enfance (1) (anémie, rachitisme, scrofule).

Tous ces points de vue ont toujours été pris en considération par nous lors de l'évaluation des résultats de notre alimentation. Quiconque examinera, sans parti pris, les observations que nous offrons, arrivera certainement aux mêmes conclusions que nous et que GREGOR formule ainsi : « En observant rigoureusement toutes les prescriptions, les résultats qu'on peut obtenir avec la soupe de malt chez les nourrissons malades sont les meilleurs que, jusqu'à présent, nous ayons vus en général avec un mode d'alimentation artificielle.

Certes, aucun de nous ne méconnaît que les résultats favorables sont dus en grande partie à la réglementation générale de l'alimentation en usage à notre clinique et à notre policlinique. Cette raison nous fait aussi insister sur ce point que lorsqu'on voudra contrôler nos assertions, on devra observer strictement ces règlements lors de l'emploi de la soupe de malt, c'est-à dire qu'avant de commencer ce mode d'alimentation on aura soin : 1° d'évacuer le canal gastro-intestinal en instituant préalablement une diète d'eau ou de thé ; 2° de supprimer momentanément la nourriture dès le premier symptôme d'une affection aiguë ; 3° d'augmenter le nombre des repas et la quantité de nourriture progressivement, l'enfant étant soumis à une observation étroite ; ne point admettre que le nombre de repas dépasse jamais cinq, ni que la quantité de nourriture dépasse un litre.

Nous attribuons à cette réglementation générale de l'alimentation une si grande importance que, selon nous, on devrait beaucoup déjà à la soupe de malt, si même elle n'avait fait que

(1) Dans ce travail je n'ai pris en considération que le nourrisson et les maladies de nourrisson. Il est pourtant utile de faire remarquer que dans le cours de la seconde année l'alimentation à la soupe de malt ne rend pas moins de services.

Nous avons surtout en vue les enfants pâles avec flaccidité musculaire qui, à la fin de la seconde année, peuvent à peine rester assis et sont loin de pouvoir marcher, bien que le squelette n'offre aucun signe manifeste de rachitisme.

contribuer à la propagation de ces règles d'alimentation et à faire reconnaître leur justesse.

La comparaison des résultats de l'alimentation des enfants nourris à la soupe de malt et des enfants nourris autrement, qui ont été et sont encore traités à notre clinique d'après les mêmes principes, démontre que c'est l'alimentation elle-même qui a la plus grande part dans nos succès.

Nous profitons de cette occasion pour répondre à une objection qui nous a été faite. On a dit que les bons résultats obtenus chez nos enfants par la soupe de malt sont attribuables à nos soins particuliers, à l'observation, au traitement des enfants, à la préparation de leur nourriture, etc.

Nous répondons que les essais entrepris autrefois à notre clinique sur le lait de Gaertner, de Backhaus, l'ont été dans les mêmes conditions. Puisque nous avons obtenu de si bons résultats avec notre soupe de malt à la policlinique, dans les milieux les plus pauvres et dans des conditions d'hygiène des plus défavorables, nous avons bien le droit de supposer que les résultats dans la pratique, dans des conditions plus favorables, seront encore meilleurs et à la pleine satisfaction de la mère et du médecin.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

HYGIÈNE DE LA CONVALESCENCE,

Par E. PERIER.

On peut dire d'une manière générale que la maladie est toujours mieux soignée que le convalescence, parce que, lorsque *le danger est passé*, les familles et les médecins eux-mêmes ont une tendance à désarmer comme si la bataille était définitivement gagnée. On ne pense pas aux suites *de la maladie* et on laisse trop tôt fléchir la règle de la discipline. Aussi, dans cette période intermédiaire entre la maladie et la santé, que l'on est convenu d'appeler la convalescence, il y a souvent tant d'imprudences de commises que si une chose doit nous étonner, c'est qu'il n'y ait pas plus de rechutes ou de complications. Ce sera là mon excuse d'entrer dans des détails qui pourraient paraître trop minutieux.

Signes qui indiquent le retour à la santé. — Le convalescent qui revient à la santé est heureux, son visage reprend peu à peu son expression naturelle, il s'épanouit de nouveau, reflétant cette franche gaieté de la jeunesse qui avait disparu sous les traits de la maladie.

Mais cette transformation ne se fait pas en un jour, bien qu'elle

soit plus rapide et plus franche chez l'enfant que chez l'adulte ou le vieillard, surtout quand la maladie a été franche et rapide comme une fluxion de poitrine par exemple et non insidieuse et longue comme une fièvre typhoïde, ou infectieuse, comme la diphtérie. Dans les maladies chroniques ce retour à la santé ne s'effectue qu'à la longue, si même il a lieu. — Le sommeil revient, l'appétit reparaît avec une violence à laquelle il faut souvent résister, l'entrain aussi renaît; mais le convalescent, pâle, faible, languissant, anémié au sortir des étreintes d'une maladie qui l'a épuisé, est impuissant même à remplir ses fonctions qu'il doit reconquérir lentement et pour ainsi dire une à une. Toutes choses égales d'ailleurs, le retour à la santé se fera d'autant mieux qu'il sera bien dirigé : si l'enfant que l'on considère comme guéri quitte son lit et sa chambre au moment opportun, si son régime est conduit de manière à assurer une prompte réparation de son édifice organique, si on le soumet à propos à l'influence vivifiante de l'air et du soleil, enfin si le cerveau et les organes qui ont le plus souffert sont convenablement ménagés.

Quand le convalescent pourra-t-il sortir de son lit ? Quand pourra-t-il quitter la chambre ? — La première question qu'on nous pose dans les familles concerne la levée du malade; la seconde regarde la sortie de la chambre. On tombe généralement dans l'un ou l'autre de ces deux extrêmes : le malade va mieux et le médecin, qui a mis un jour d'intervalle entre deux visites, le trouve hors du lit et parfois hors de la chambre, sans sa permission, cela va sans dire; ou bien il a déjà repris son régime et le médecin a toutes les peines du monde à le faire lever, non que ce soit de lui que vienne l'opposition, certes, il lui tarde assez de satisfaire au besoin de mouvement qui est si impérieux à cet âge, mais il subit les préjugés vulgaires qui pèsent aussi quelquefois sur nous-mêmes.

Y a-t-il avantage à garder un enfant au lit quand il pourrait se lever ? Non assurément, car au lit on s'affaiblit sans profit non seulement parce qu'on ne fait pas d'exercice, mais parce que toutes les fonctions sont gênées : l'appétit languit, la constipation devient la règle, la respiration se fait mal, etc.

Le plus tôt donc qu'on pourra lever le convalescent ne sera que le mieux. Il n'y a aucun inconvénient à installer dans un fauteuil un enfant qui n'a plus de fièvre, et à le maintenir dans une autre chambre pendant qu'on ouvre la sienne. La fatigue, lorsqu'elle commence à se manifester, est le signe que l'enfant doit regagner son lit.

Régime alimentaire. — Le petit malade se contentait de liquides et tout au plus d'aliments demi-liquides; le convalescent, lui, a en général un tel besoin de réparer ses forces qu'on est souvent obligé de résister à son appétit. Et, toutefois, on ne peut le remettre d'emblée au régime de tout le monde, et il faut ne l'y

laisser arriver que peu à peu. La règle doit être pour son régime la simplicité, car, comme le dit le proverbe :

Cuisine raffinée mène à la pharmacie

et d'autant plus aisément qu'on en sort à peine.

Qu'on n'oublie pas, en effet, que l'estomac est plus ou moins directement intéressé dans la plupart des maladies, et en disant l'estomac je sous-entends la nutrition. Toutes les parties du corps et toutes ses fonctions sont unies par un lien d'étroite solidarité. Chaque partie élémentaire, dit le professeur Bouchard, concourt à l'utilité de tout l'organisme dans la proportion de ses besoins, et l'organisme prépare et distribue la matière dans la mesure des besoins de chaque partie élémentaire. Il faut donc tenir compte de ce fait et traiter l'estomac avec les ménagements qu'on doit à un blessé qui revient de la bataille, si on peut ainsi parler. On ne saurait, par conséquent, lui donner tout d'un coup une besogne qui serait au-dessus de ses forces.

La faculté de digérer est amoindrie par une longue diète, et on voit quelquefois, dans la convalescence qui suit une maladie un peu longue, les enfants perdre le besoin et le désir de s'alimenter au point de se laisser mourir de faim. C'est pourquoi le petit convalescent, dans les premiers jours du moins, quand il sort des étreintes de la maladie, vit avec une ration alimentaire qui le ferait maigrir s'il était en bonne santé ; mais quand la réparation des tissus se fait activement, on comprend qu'il faut, comme dans la croissance active, une quantité d'aliments considérable.

Les familles s'étonnent souvent de voir que l'amaigrissement est plus intense pendant les premiers jours de la convalescence que durant la maladie même. Ce phénomène s'explique par le fait bien connu que, au début de la convalescence, la désassimilation est intense et n'est pas toujours compensée par l'assimilation, quelque active qu'elle soit. Dans les jours qui suivent, l'enfant reprend ce qu'il a perdu et commence à gagner en poids et surtout en taille, car, comme on le sait, la croissance est accélérée par la plupart des maladies aiguës.

PREMIÈRE ENFANCE

Il ne saurait guère être question ici du nouveau-né qui est au sein de sa mère ou de sa nourrice. L'unicité même de son alimentation fait que son régime devra d'autant moins être modifié qu'il est plus parfait.

Si l'enfant est élevé artificiellement et si l'on a dû recourir à une nourrice pour l'arracher aux dangers de la maladie, il ne faudra pas de sitôt abandonner ce nouveau régime, mais au contraire s'y tenir jusqu'à ce que la santé soit rétablie et que les fonctions digestives soient parfaitement assurées.

Le lait, qui, par l'heureuse association de ses principes constituants, est un aliment complet type suffisant pour entretenir la vie

et pourvoir au développement du corps, sera aussi le meilleur pour nourrir avec le moins de fatigue possible un organisme qui renaît. Si l'âge de l'enfant le permet et si le moment du sevrage est proche, on s'acheminera doucement vers ce moment toujours plus ou moins difficile à franchir, en revenant par degrés insensibles aux bouillies et autres aliments auxquels l'enfant est accoutumé.

SECONDE ENFANCE

Pour l'enfant sevré, déjà habitué à manger un peu de tout, comme c'est le cas dans la seconde enfance, il s'agira de le remettre à une nourriture ne différant de son régime à l'état de santé que par une moindre quantité et par la simplicité de préparation des aliments.

Choix des aliments. — Dans les convalescences des fièvres et surtout de la dothiénentérie, le lait est un des meilleurs aliments à recommander pour favoriser la réparation des tissus. Au début, comme pendant la maladie, il modère la dénutrition. On le donnera de préférence écrémé, car, comme l'a montré Debove, le passage des corps gras à travers les ganglions mésentériques, après leur absorption par les lymphatiques de l'intestin, semble à peu près impossible, en raison des altérations que subissent ces ganglions à la période d'état. On devra toutefois éviter qu'il produise la constipation, à cause de la rupture possible d'ulcérations encore mal cicatrisées.

Les potages gras ou maigres à l'eau, au lait, au bouillon de viande ou de légumes, que l'on varie selon le goût de l'enfant, seront une ressource tant par leur consistance pulpeuse rendue plus liquide ou plus épaisse, à volonté, que parce que, n'excitant pas leur gourmandise, ils ne les exposent pas à franchir l'étroite et périlleuse limite qui sépare le besoin réel de l'appétit factice. On pourra en user largement.

Les œufs, le poisson, les viandes, quelques légumes et fruits bien cuits, sont les catégories dans lesquelles on devra chercher les premiers aliments après les potages et le lait.

L'*œuf à la coque* frais et peu cuit est ce qu'on peut offrir de meilleur à un convalescent. Ensuite vient le poisson. On donnera de préférence les poissons de roche, poissons plats : la chair molle de la plupart d'entre eux, et de la sole en particulier, ne demande pas grand effort de mastication ni de digestion. Les Anglais ont consacré l'utilité du poisson dans l'alimentation des convalescents en donnant le nom de *fish-diet* à une des rations de leur régime hospitalier. D'ailleurs, les enfants aiment le poisson, ils n'ont pas autant de goût pour les huîtres qui nourrissent un peu et réveillent la digestion paresseuse.

Les gelées et jus de viande donnés tels que ou incorporés aux potages ont précédé la viande, qui doit constituer la base du régime réparateur des convalescents. On restitue ainsi à l'écono-

mie justement ce qu'elle a perdu ; toutefois, il ne faut pas tomber dans l'excès, on manquerait le but et on produirait des accidents.

La chair du bœuf l'emporte sur les autres par sa puissance nutritive et par son goût agréable qui fait qu'on ne s'en lasse pas. La noix d'une côtelette ou la chair succulente d'un gigot de pré salé offrent aux appétits languissants un aliment réparateur.

Le *poulet* est, comme la côtelette, un des premiers aliments substantiels de la convalescence ; son goût agréable est encore relevé par le rôtissage.

Quant au gibier, c'est pour les enfants un mets de fantaisie qui ne peut être utilisé qu'accidentellement, pour faire diversion dans un régime trop monotonne.

S'il s'agit du mode de préparation des viandes des convalescents, on les leur donnera rôties, grillées ou braisées, plutôt que bouillies ou arrangées en ragoûts ou en hachis.

La longue cuisson que subissent les viandes *braisées* les ramollit et les rend d'une mastication aisée, ce qui n'est pas un petit avantage quand il s'agit des enfants qui, par habitude (grâce à cette insouciance propre à leur âge), avalent sans mâcher. Ils sont l'opposé de ce qu'était Tibère, suivant l'histoire : *Vir lentis maxillis*.

Quelques légumes verts, tels que laitue, épinard, chicorée, asperges, bien cuits, et un peu de pomme de terre écrasée dans le jus de la viande, vaudront mieux que le choux qui est indigeste ou la carotte. Cette dernière passe, chez les gens qui recueillent les épaves des préjugés et des erreurs, pour guérir la jaunisse et le carreau. Elle ne guérit rien du tout.

Les pâtisseries ne valent rien. Seuls les biscuits à la cuiller et les biscuits de Reims trouvent grâce devant les rigueurs de l'hygiène du convalescent.

L'orange et le raisin bien mûrs, dont on écarte la peau et les pépins, quelques fruits cuits ou en compote (pommes, poires, pruneaux) sont conseillés par les médecins et consacrés par l'usage.

Boissons. — Pour les petits : le lait pur ou coupé. Pour les autres : un peu de vin de Bourgogne ou de Bordeaux, ou de la bière de malt étendus, suivant l'indication du médecin, d'eau de Vals, Saint-Galmier, s'il faut aider l'estomac paresseux.

Règles à observer pour le régime du convalescent. — Voici quelques principes généraux dont il ne faut pas trop se départir pendant la convalescence :

1° Choisir les aliments parmi ceux que l'enfant aime et digère bien en bonne santé ;

2° Donner ces aliments dans un état de divisibilité aussi complète que possible et veiller en tout cas à ce qu'ils soient soumis à une nastication suffisante ;

3° Donner les repas peu copieux et plus fréquents s'il le faut, mais autant que possible aux mêmes heures que dans l'état de santé ;

4° S'assurer que la digestion se fait bien en surveillant les garde-robes, et ne pas laisser sans soins les accidents qui peuvent se produire, tels que : diarrhée, constipation, coliques, vomissements, etc. ;

5° Enfin contrôler, au besoin par la balance, la réparation des pertes que l'organisme a subies.

Sortie au grand air. « Changement d'air. » — Reprise de l'exercice et des jeux. — Le convalescent se lève et quitte sa chambre, il mange et digère bien, le moment est venu de lui faire prendre l'air au dehors. Il faut toutefois de grandes précautions. Qui voudrait livrer d'emblée au grand air un malade qui relève d'une fluxion de poitrine, d'un rhumatisme, de la fièvre typhoïde ou de la scarlatine ?

Il convient de fixer, dans chaque cas, la durée de la séquestration, au lieu de laisser ce soin aux familles comme on le fait souvent. On a ouvert les fenêtres et on a laissé le convalescent, bien couvert d'ailleurs, s'accoutumer à nouveau à l'air du dehors, puis on l'a sorti en voiture et enfin il se promène à pied dans des endroits ensoleillés et abrités. Quand cela se peut, c'est à la campagne qu'il faut l'envoyer, car si on mène à peu près bien partout une maladie même sérieuse, ce n'est que là ou au bord de la mer qu'on mène à bien la convalescence.

Les localités élevées, le bord de la mer, jouissent de ce privilège de réveiller l'appétit et de stimuler toutes les fonctions. C'est ce qui fait que, dans l'anémie, la chlorose, les longues convalescences et les maladies longues, quand le retour à la santé est possible, le changement d'air, mais surtout l'air de la mer, contribue si puissamment au rétablissement.

La promenade au grand air est déjà un exercice qui, s'il est proportionné aux forces du convalescent, les développe encore ; mais que celui-ci vienne à dépasser la mesure, il se fatigue et il perd l'appétit et le sommeil. Les médecins savent bien que certaines maladies d'enfants se compliquent d'accidents du côté du cœur et de maladies qui sont gagnées pendant la convalescence même. L'allongement de la taille qui se fait alors indique assez qu'il ne faut pas trop demander aux forces mal établies d'un convalescent.

Mais, dira-t-on, quelle est la mesure, et d'après quels signes jugera-t-on si on la dépasse ? L'instinct de l'enfant est le guide le plus sûr, à la condition qu'il ait toute liberté. Qu'on l'abandonne à lui-même, il choisira le genre d'exercices ou de jeux qui conviennent le mieux à ses forces renaissantes et il s'y livrera sans excès. S'il dépasse ses forces, il pourra avoir une courbature avec fièvre qui fera craindre une rechute ou une complication. Il faut donc, pour le convalescent, un entraînement progressif au jeu même, c'est-à-dire à ce qu'il aime le plus. J'ai dit que chaque fonction de l'enfant qui sort de maladie nécessite un effort pour

la reconquérir ; il en est de même de ses anciennes habitudes.

Il y a un signe important parce qu'il est scientifique, qui permet de voir si l'exercice chez un convalescent produit ou non de la fatigue. On examinera ses urines le matin qui suivra ses premières promenades : si elles restent limpides, c'est qu'il n'y a pas eu excès ; si, au contraire, le vase présente un dépôt briqueté ou blanchâtre, c'est qu'on a dépassé la mesure et qu'il faut aller plus doucement.

Tout a une importance dans cette question de la convalescence. Il n'y a pas jusqu'aux nouveaux jouets qu'on apporte aux enfants qui ne puissent contribuer à les exciter ; qu'on les laisse s'amuser avec leurs jouets accoutumés et qu'on ne se hâte pas de fatiguer leur cerveau en y produisant des impressions nouvelles. De même qu'il est bon de ne pas les contrarier à ce moment, de même il est bon de ne pas exciter leur sensibilité en s'apitoyant sur eux en leur présence. Si le retour à la santé de cet être qu'on a cru perdu et qui est retrouvé est précieux, qu'on ne le dise pas trop devant lui, c'est inutile, et peut-être plus dangereux qu'on le croit.

Sommeil. — C'est pour cela que le repos est aussi nécessaire aux convalescents que le mouvement, et le sommeil est bien pour eux le « meilleur cordial » dont a parlé LOCKE. Quand la convalescence s'établit bien, le sommeil revient, et il est réparateur, sans agitation, sans rêves, lorsque la journée a été calme et lorsqu'on n'a pas excité inutilement le cerveau des enfants, tandis qu'au début de la convalescence les sujets sont trop faibles pour connaître tout de suite un pareil repos ; ils n'ont qu'un sommeil léger, interrompu, entrecoupé de réveils brusques et de cauchemars.

Reprise du travail intellectuel. — S'il faut mener doucement un petit convalescent au point de vue de son estomac et de ses jambes, il ne faut pas moins de précautions quand il s'agit du travail que l'on va demander à son esprit. Son cerveau a été fatigué par l'insomnie, la fièvre, le délire ; il a été déshabitué de ses fonctions ordinaires, il lui faut une nouvelle initiation et un entraînement progressif si on veut le remettre sans danger à ses études. Je parle à présent surtout d'un enfant déjà grand et qui n'en est plus aux leçons de choses. Quand la tête a été prise, chez les adolescents surtout, il faut de grands ménagements du cerveau. Nous voyons souvent des enfants dont la mémoire et l'aptitude au travail intellectuel ont éprouvé un véritable dommage dans le cours d'une maladie grave qui a mis leurs jours en péril. C'est surtout après la fièvre typhoïde ou après les maladies qui ont touché le cerveau que ceci s'observe, et la prudence, aussi bien que la nécessité, trace aux familles la conduite à suivre : ménager l'enfant, le laisser reprendre peu à peu, à la longue et de lui-même, ses livres et ses devoirs. S'il s'agit d'un enfant bien

doué qui aimait l'étude, c'est une raison de plus pour ne pas le laisser s'y livrer avant qu'il soit tout à fait rétabli. Un trimestre ou une année perdus se rattrapent plus facilement qu'on ne répare le dommage fait au cerveau par un effort inopportun.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Des suites éloignées des méningites cérébro-spinales aiguës. — M. A. CHAUFFARD (1). — Nous savons, par les faits nombreux observés dans ces dernières années, que les méningites cérébro-spinales aiguës ont un *pronostic immédiat* moins grave qu'on ne le pensait, et guérissent dans une proportion de cas relativement élevée.

Mais sur leur *pronostic éloigné*, sur leurs suites tardives, les documents font défaut, et la question n'a même, jusqu'à présent, été ni posée ni examinée.

Un fait que je viens d'observer est, à cet égard, des plus instructifs.

Un garçon de dix-sept ans entre le 29 octobre dernier à Cochin, au troisième jour d'une méningite cérébro-spinale aiguë typique, avec fièvre, pouls alternativement ralenti et accéléré, raideur de la nuque et du rachis, signe de Kernig très net, vomissements, herpès labial, douleurs des membres paroxystiques et cruelles, subdélire, strabisme.

Au sixième jour de la maladie, on obtient, par ponction lombaire, 3 cc. d'un pus épais, jaune verdâtre, amicrobien, riche en leucocytes polynucléaires.

Après des alternatives de recrudescence et de rémission, le malade quitte Cochin le 10 novembre, achève sa convalescence chez lui et reprend vers le 15 décembre son métier de menuisier.

Le 26 février, j'ai pu le revoir et l'examiner. Il était absolument guéri par complète *restitutio ad integrum*. Etat des muscles, des réflexes, des sensibilités, des sphincters, des appareils sensoriels, tout était redevenu normal. Le signe de Kernig avait entièrement disparu. Aucune trace d'une lésion secondaire persistante de la moelle ou du cerveau, et cela après plus de deux mois et demi de complète guérison.

Tout au plus pouvait-on noter un peu de faiblesse des réflexes pupillaires et rotuliens.

Une pareille constatation fait un contraste singulier avec la gravité des accidents cliniques observés, avec la nature purulente du liquide retiré par ponction lombaire.

Elle étonne moins si l'on réfléchit que l'infection, dans les cas

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 22 mars 1901.

de ce genre, semble purement sous-arachnoïdienne et périaxiale. La pie-mère ne participe au processus que de dedans en dehors, en fournissant l'apport nécessaire à la défense phagocytaire, par réaction inflammatoire pour ainsi dire centrifuge.

Nous savons qu'il en va tout autrement dans les méningites tuberculeuses, dans les fièvres typhoïdes ou varioles à déterminations nerveuses. Ce sont des méningo-encéphalites, des méningo-myélites que l'on observe en pareils cas, et dont les lésions histologiques ont été bien des fois décrites. Les observations ultérieures montreront si, comme je le crois, l'intégrité cérébro-spinale est la règle après la guérison des méningites cérébro-spinales aiguës.

Diplegia spastica congenita da agenesia corticale. (*Diplégie spastique congénitale par agénésie corticale*). — Finizio (1). — Fille de neuf ans, abandonnée, sans renseignements, sauf que la maladie daterait de la naissance. Atrophie générale. Contracture des membres supérieurs et des membres inférieurs, adduction et flexion des cuisses, pieds en varus équin. Station debout impossible. Réflexe du genou exagéré. Langage rudimentaire.

En avril 1898, fracture spontanée du tibia gauche, en novembre 1899, fracture de l'humérus gauche, qui mirent longtemps à guérir. Mort par cachexie progressive en août 1900.

A l'autopsie, outre les lésions d'entérite chronique, on trouva un petit foyer de tuberculose au sommet du poumon gauche. L'examen histologique confirma cette lésion et montra l'intégrité des autres organes. Rien dans les os du crâne ni dans les méninges.

A l'œil nu, le cerveau et la moelle présentent peu de chose; mais il n'en est pas de même au microscope. Les cellules corticales sont réduites de volume et de nombre ; ces altérations sont surtout marquées sur les grosses cellules pyramidales de la zone rolandique. Les prolongements cellulaires sont amincis, raccourcis, en partie détruits. Les cordons latéraux de la moelle présentent des fibres nerveuses atrophiées et raréfiées sans dégénération de la myéline. Il semblait donc y avoir une diplégie par hypoplasie de tout le *système cervico-pyramidal*.

Rôle des capsules surrénales dans la résistance de l'organisme à quelques infections expérimentales. — M. R. Oppenheim (2). — L'ablation unilatérale d'une capsule surrénale pratiquée sur des cobayes ultérieurement soumis à des infections expérimentales (diphtérie, pneumo-bacille, charbon, tétanos) détermine, dans certains cas, une augmentation de la résistance des animaux. C'est ainsi que pour la diphtérie, les animaux opérés ont succombé après une survie moyenne de soixante heures, alors que les témoins mouraient au bout de quarante-six heures. Cette augmentation de

(1) *La Pediatria*, janvier 1901.

(2) Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, 11 mars 1901.

résistance peut s'expliquer par l'hypertrophie considérable de la capsule surrénale qui subsiste, laquelle arrive à égaler ou à dépasser le poids des deux glandes surrénales des témoins. Il est probable que cette capsule hypertrophiée sécrète un suc plus abondant ou plus actif qu'à l'état normal, et que ce produit de sécrétion joue un rôle important dans la résistance de l'organisme à l'infection.

Les résultats obtenus avec le pneumo-bacille, le charbon et le tétanos sont moins nets. Les cobayes opérés et les cobayes témoins succombent, à peu de chose près, en même temps.

Lésions anatomiques des capsules surrénales dans quelques infections expérimentales. — MM. R. Oppenheim et Lœper (1). — L'inoculation à des cobayes normaux ou primitivement décapsulés (ablation unilatérale) de bacille diphtérique, nous a montré des lésions des capsules surrénales allant de la congestion simple et de l'hémorragie à la formation de nodules infectieux polynucléaires et à la nécrose cellulaire diffuse ou en îlots.

Ces lésions sont au maximum dans la diphtérie et l'infection pneumo-bacillaire. Elles sont moins intenses dans l'intoxication tétanique.

Buphtalmie. — M. Ginestous montre à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux un jeune homme dont l'œil droit est atteint de buphtalmie depuis l'enfance. C'est vers l'âge de deux ou trois ans que la malformation a débuté. Il s'est produit un trouble de la cornée passager et l'augmentation du globe s'est faite lentement. Des mensurations faites ont révélé des chiffres intéressants. Cet œil offre une myopie de 19 D. Le rayon de courbure de la cornée est de 9 millimètres. Son pouvoir réfringent est donc de 35 D. 5 mesuré à l'ophtalmomètre de Javal. La réfringence du dioptre cornéen enlève par suite une partie de la myopie. On trouve aussi un astigmatisme de 3 D. oblique à 45°. Il existe au fond de l'œil des lésions de choroïdite myopique avec un staphylome étendu.

Ces lésions permettent d'expliquer l'apparition de la malformation et d'en fixer la pathogénie. C'est là un des points intéressants de l'observation. Il s'est produit dans le jeune âge une scléro-choroïdite ayant entraîné, sous l'influence de la pression intra-oculaire, une dilatation progressive du globe.

Il existe aussi du côté de l'œil gauche une myopie de 10 dioptries et l'acuité ne dépasse pas 1/3.

Dystrophie orchidienne. — M. Variot présente (2) un garçon de 12 ans cryptorchide, présentant tous les traits d'un véritable eunuque. Il est gros et gras, il a le bassin large, le ventre gros et adipeux, le mont de Vénus comme celui d'une femme, la verge rétractée.

(1) Séance du 25 février 1901.
(2) Société de pédiatrie. Séance de mars 1901.

On ne sent pas les testicules dans les bourses ni dans le canal inguinal. Il y a donc ectopie testiculaire abdominale. Polysarcie, incontinence d'urine. L'enfant est très timide et intellectuellement il est très en retard. Il ne sait ni lire ni écrire.

Ueber das Verhalten pathogener Micro-organismen in pasteurisirter Milch (*Comment se comportent dans le lait pasteurisé les microbes pathogènes*). — W. HESSE (1). — Selon SMITH et BOSTON, les bacilles tuberculeux sont tués dans le lait maintenu pendant 15 à 20 minutes à 60° C., pourvu qu'on enlève la pellicule qui se forme à la surface et où les bacilles résistent encore à 60 minutes d'exposition à cette température.

HESSE a fait la même constatation pour le bacille d'Eberth, et les bacilles du choléra, de la diphtérie et de la peste. Ainsi pasteurisé, le lait renferme encore des milliers de bactéries par centimètre cube, notamment le *bacillus violaceus*, microbe habituel de l'eau alimentaire ; mais les bacilles pathogènes sont détruits.

Rôle pathogénique des vers intestinaux. — M. GUIART rappelle que depuis pas mal de temps il a insisté sur l'existence fréquente de parasites dans l'intestin humain, trichocéphales ou ascaris, et d'autre part sur leur rareté dans le cœcum. Il a pu en observer un cas, M. LETULLE en a signalé un autre. Ces parasites peuvent déterminer des érosions de la muqueuse, pénétrer même par leur extrémité, ainsi qu'il l'a démontré, dans la musculeuse, et ainsi y faire pénétrer des microbes comme le moustique fait pénétrer dans le sang le parasite de la malaria.

Mais l'examen zoologique et anatomique ne permet pas de considérer que ces parasites sont une cause fréquente d'appendicite ni qu'ils puissent déterminer des maladies telles que la fièvre typhoïde.

M. NETTER fait remarquer que la présence fréquente des ascaris dans l'intestin des typhiques prouve seulement qu'ils ont consommé des eaux malpropres et infectées de diverses façons.

M. RAILLIET. — Les parasites de l'intestin peuvent ne produire aucune réaction. Je viens d'observer un parasite intestinal qui avait pénétré dans l'intérieur même de la musculeuse sans qu'il se soit produit la moindre réaction inflammatoire.

M. LETULLE. — Sur 180 cas d'appendicite que j'ai soigneusement examinés, je n'ai trouvé que deux fois de l'helminthiase ayant joué un rôle pathogène. Dans un cas il existait une perforation intestinale et un ascaris était étranglé dans la perforation. Dans un autre il existait des trichocéphales dans un appendice. Ils avaient par leur extrémité pointue traversé la muqueuse, sans y déterminer d'ailleurs la moindre réaction inflammatoire (2).

(1) *Zeitsch. f. Hygiene*, XXXIV, 346, 1900.
(2) Société de biologie. Séance du 16 mars.

De l'angine pultacée comme signe précoce avertisseur de la rougeole (1). — R. Saint-Philippe, dans une épidémie récente de rougeole, a observé un phénomène pathologique sur lequel l'attention n'a pas encore été attirée, et qui peut avoir des conséquences, prochaines et éloignées, des plus intéressantes. Il s'agit d'une angine pultacée précédant de quelques jours l'invasion de la rougeole qu'il a observée une quinzaine de fois sur une centaine de rougeoleux à la ville et à l'hôpital.

Elle se caractérise cliniquement par de petits points blancs, isolés, à apparence bleuâtre plutôt que sale, rarement par une plaque véritable, avec ou sans engorgement ganglionnaire, par de la fièvre, de la dysphagie, quelques phénomènes réactionnels sans gravité. Tantôt elle évolue huit ou dix jours avant la période d'invasion, tantôt elle la précède seulement de quelques jours, et il y a encore quelques taches blanches quand apparaissent la stomatite érythémato-pultacée, le signe de Köplik et le pointillé rouge du voile du palais.

L'analyse bactériologique a révélé dans quelques cas la présence, dans d'autres cas, plus fréquents, l'absence du bacille de la diphtérie. Dans un cas où l'analyse avait été positive, l'enfant fut dirigé vers le pavillon de la diphtérie où il apporta la rougeole.

Ces faits pourraient expliquer ce qui se passe à la suite, et parfois au début de la rougeole. On connaît la diphtérie secondaire. On sait moins que les phénomènes d'invasion de la rougeole peuvent prendre des proportions telles, en ce qui concerne le larynx, qu'on croit au croup, et que la trachéotomie, le tubage ou l'injection de sérum sont pratiqués d'urgence. A l'exemple de ce qui se passe trois fois sur quatre pour le croup « dit d'emblée » ou pour le croup fruste, c'est l'angine du début, qui a pu être assez légère pour passer inaperçue, qui est alors la cause du méfait. Ce sont ces rougeoles, précédées d'angine blanche, qui s'accompagnent sans doute le plus fréquemment de croup secondaire.

La constatation de cette angine pourra avoir, en de certaines circonstances, la valeur d'un symptôme avertisseur.

D'autre part, il faudra éviter, si cette angine se présente en temps d'épidémie ou si elle s'accompagne déjà du catarrhe oculo-naso-laryngé, de diriger l'enfant vers un service de diphtérie et en tous cas de le réunir à d'autres enfants atteints de rougeole simple.

Enfin, son apparition, suivie de l'apparition de la rougeole, devra éveiller l'attention du médecin, pour que l'enfant soit maintenu dans les meilleures conditions d'hygiène et d'antisepsie, au point de vue du greffage précoce ou ultérieur des accidents du croup.

Œdème arthritique des paupières (2). — Trousseau croit qu'une étude sérieuse et réfléchie des faits cliniques permet de ranger

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 7 avril 1901.
(2) *Presse médicale*, 6 mars 1901.

sous une autre rubrique la plupart des cas d'œdèmes, dits idiopathiques, des paupières dont l'origine arthritique, rhumatismale ou goutteuse lui semble évidente. Ces œdèmes apparaissent et disparaissent brusquement sans prodromes, sans fièvre ; ils ne durent que quelques heures ou quelques jours, et récidivent avec la plus grande facilité ; ils ne sont liés à aucune affection générale ou locale évidente, et particulièrement ne coïncident pas avec des lésions rénales ou cardiaques ; l'albuminurie ne saurait être mise en cause.

Il rappelle deux faits observés par le Dr GALLIARD. Une fillette actuellement âgée de quatre ans et demi qui, étant en villégiature au bord de la mer, présenta, un matin, de l'œdème palpébral unilatéral sans lésion de l'œil, qui dura vingt-quatre heures, reparut six semaines plus tard, à la campagne, et dès lors récidiva huit fois, toujours unilatéral, tantôt à droite, tantôt à gauche, atteignant d'emblée des proportions énormes et disparaissant en vingt-quatre ou trente-six heures. Jamais d'autre œdème que celui des paupières.

Une autre fillette de trois ans qui, ayant eu un grand rhume, puis une hydarthrose aiguë du genou droit, sans fièvre, durant seulement deux jours, eut un érythème papuleux des membres inférieurs, après quoi on constata que l'œil droit était complètement fermé ; le gonflement devint colossal à droite, peu marqué à gauche, sans catarrhe conjonctival, ni fièvre. En deux jours l'œdème avait complètement disparu ; mais l'enfant présentait du purpura au niveau des fesses et à la racine des cuisses ; puis tous les accidents cessèrent.

M. TROUSSEAU a vu d'autres cas analogues, et sans prétendre que tous les œdèmes aigus dits essentiels des paupières appartiennent au groupe des œdèmes arthritiques, il croit que beaucoup de ceux-là pourront venir le rejoindre, si l'attention des observateurs veut bien se fixer sur les faits qu'il vient d'exposer.

Cécité hystérique (1). — MM. CRUCHET et AUBARET. — Une fillette de douze ans et demi, atteinte d'hémianesthésie et d'hémiparésie gauche en mai 1900, cinq jours après l'apparition de ses premières règles, tomba aveugle. Cette cécité s'accompagna de phénomènes cérébraux qui purent faire croire tout d'abord à une méningite, mais qui disparurent rapidement. Dès le cinquième jour, la malade recouvre brusquement la vue et perçoit un objet rouge. Quinze jours plus tard, deuxième crise de cécité, sans troubles cérébraux, qui disparaît encore quatre jours après. L'examen des yeux, pratiqué le lendemain du jour où la malade a recouvré la vue, ne révèle rien de particulier, sauf cependant une diminution de l'acuité visuelle. Quelque temps après, nouvelle crise. A l'exa-

(1) Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Séance du 22 mars 1901.

men pratiqué à ce moment on voit que les pupilles réagissent très bien à la lumière ; il n'existe aucune lésion du fond de l'œil. Depuis cette époque, il y a eu six nouvelles crises. Des examens nouveaux ont confirmé les faits anciens et révélé un certain nombre de faits nouveaux, entre autres des alternatives de micropsie et de macropsie du côté gauche, une altération de la vision des couleurs et l'absence de la vision binoculaire.

Tous ces phénomènes sont dus vraisemblablement à une hypoesthésie rétinienne.

The Eyesight of school children (*La vue chez les enfants des écoles.*) — Le Dr Buller (de Southampton) trouve qu'il est d'une grande importance d'examiner la vue des enfants fréquentant les écoles. Dans sa pratique, il a pu observer une quantité de couturières, de tailleurs et d'autres personnes vivant d'un métier où une bonne vue était indispensable. Ils étaient obligés d'abandonner leur métier, ou tout au moins le faisaient avec la plus grande difficulté, soit à cause d'un astigmatisme, d'une hypermétropie ou de quelque autre trouble visuel. Bien que l'emploi de lunettes puisse être d'un grand secours, il est tout aussi déraisonnable d'être tailleur quand on est astigmate, que d'être facteur rural quand on a une jambe de bois. Il y a quelque temps, l'inspecteur de sécoles le priait d'examiner les yeux des enfants des écoles de tout ce district (environ 16000) ; comme ce travail n'était pas rémunéré, il refusa. Mais il dressa des tableaux qui permettaient aux professeurs de faire un examen sommaire à l'aide desquels on découvrait facilement un trouble visuel sérieux ou une forte hypermétropie. Voici un modèle de ces tableaux :

DATE	INITIALES du PROFESSEUR	NOM de L'ENFANT	AGE	1er EXAMEN		2e EXAMEN		REMARQUES du PROFESSEUR	NOTES MÉDICALES
				Œil droit	Œil gauche	Œil droit	Œil gauche		
21. 6. 1900	J. B.	M. E.	9	6	6	12	12		
21. 6. 1900	J. B.	R. J.	8	18	18	9	9	ne peut lire aisément.	à réexaminer.
21. 6. 1900	A. W.	R. R.	10	9	18	6	18	a du strabisme.	à réexaminer.

Chaque tableau est accompagné des instructions suivantes :

L'appareil employé pour les deux examens consiste dans une série de verres types (faits spécialement pour ces tableaux par Curry et Paxton) et pour l'examen n° 2 en une paire de lunettes avec des verres ronds d'un pouce et demi de diamètre avec des lentilles de D + 1,50.

(1) *British med. Journal*, 22 déc. 1900.

Instructions pour l'examen n° 1 :

1° Fixez en bonne lumière un carton. Ce ne doit pas être la lumière directe du soleil ; mais elle doit éclairer suffisamment. L'enfant se tient debout sur une ligne marquée à la craie à 20 pieds du carton.

2° Fermez d'abord l'œil gauche de l'enfant, et faites-lui lire les différentes rangées de lettres sur le carton de haut en bas. Marquez dans la colonne correspondante du tableau le nombre qui est imprimé au-dessus de la dernière ligne de lettres que l'enfant lit facilement.

3° Fermez maintenant l'œil droit, et faites comme ci-dessus en inscrivant dans la colonne le chiffre que vous aurez constaté.

Instructions pour l'examen n° 2 :

Faites prendre à l'enfant les lunettes, et en fermant successivement l'un puis l'autre œil, faites-le essayer de lire comme ci-dessus, et inscrivez dans les colonnes correspondantes les chiffres que vous aurez constatés.

Précautions à prendre :

a) Il faut un nouveau carton pour chaque nouvel examen.

b) L'enfant ne doit regarder le carton qu'avec un œil, et il ne doit pas le voir avant l'examen. On doit d'abord placer l'enfant sur la ligne marquée à la craie ; l'œil doit être couvert avant que l'on place le carton ; on ne doit faire entrer qu'un enfant à la fois dans la chambre d'examen, de cette façon, on évite qu'ils puissent connaître le carton par cœur.

c) Notez si l'enfant voit mieux ou moins bien avec les lunettes, ou si sa vue n'est pas modifiée.

d) La colonne des remarques faites par le professeur doit indiquer si l'enfant a de gros troubles visuels, comme douleurs oculaires, strabisme. On ne doit examiner aucun enfant qui ne connaît pas parfaitement les lettres de l'alphabet.

e) L'examen n° 1 exclut tout défaut visuel grave, excepté la vue à distance, et celle-ci est contrôlée dans l'examen n° 2.

La dernière colonne est destinée au médecin à qui sont envoyés les tableaux lorsqu'ils sont remplis. Il n'y aura rien de noté vis-à-vis des enfants dont la vue est parfaite ou à peu près, et, au contraire, on indiquera ceux qu'il faut réexaminer, soit à cause de leur mauvaise vue, soit à cause de l'hypermétropie, ce que l'on constate aisément par le second examen. Au point de vue pratique, il serait inutile d'intervenir pour de légers troubles visuels ou pour une légère hypermétropie, et il serait facile de modifier la force du verre dans le deuxième examen, si la chose était indiquée.

Ces tableaux sont destinés à faire connaître les troubles visuels, et non leur nature : on devrait les employer dans chaque école, et les parents seraient informés par le professeur quand leurs enfants auraient mauvaise vue.

CHIRURGIE INFANTILE

Fracture du crâne. — M. FRANCHOMME relate l'observation d'un enfant de 7 ans, qui, après une chute sur la tête à l'âge de 2 ans, ne présenta aucun signe particulier, quand, il y a quatre mois, ses parents remarquèrent un affaiblissement de son intelligence en même temps qu'apparaissaient des douleurs de tête. A l'examen M. FRANCHOMME constata l'existence d'une fente de 5 centimètres de longueur sur 8 à 10 millimètres de largeur, commençant à 1 centimètre au-dessus et en arrière du conduit auditif externe du côté gauche, au niveau de laquelle on sentait les battements du cerveau. Il proposa une intervention qui permit, après dégagement de la scissure crânienne, de reconnaître l'existence d'une petite poche, située entre le crâne et la dure-mère, renfermant 7 à 8 grammes de liquide séreux et deux esquilles qui plongeaient obliquement dans la poche. Il évacua le liquide, enleva les esquilles et appliqua un pansement antiseptique. L'opération qui remonte à une quinzaine de jours a fait disparaître les douleurs de tête et a déterminé une amélioration de l'état mental de l'enfant.

Luxation congénitale de la rotule. — M. RÉAL, aide d'anatomie, a rapporté à la Société anatomo-clinique de Lille (1), l'histoire d'un cas de luxation congénitale de la rotule observé chez une petite fille de 11 ans, qui, pour tous antécédents pathologiques, présenta, à partir de l'âge de quatre mois, une déformation du genou gauche. A l'examen, on nota une augmentation du volume de genou, avec un léger degré de genu valgum et une luxation externe incomplète de la rotule, le membre étant dans l'extension. La rotule présentait en outre des mouvements de latéralité externe assez étendus. En flexion, l'articulation offrait trois saillies : l'interne, formée du condyle interne ; la médiane, formée du condyle externe; l'externe, constituée par la rotule, qui est venue se placer sur le plan du condyle externe.

Le tendon du triceps forme, avec le tendon rotulien, un angle obtus ouvert en avant et en dedans. La cuisse gauche était légèrement atrophiée, son diamètre mesurait 4 centimètres de moins qu'à droite, la rotule était diminuée de volume, la marche possible avec une légère boiterie.

M. RÉAL essaie d'établir la pathogénie de cette luxation. L'atrophie du condyle externe, l'atrophie du membre, le genu valgum ne sauraient expliquer la lésion. Il est probable qu'elle est due à une laxité de la portion externe du surtout ligamenteux antérieur.

Calculs vésicaux chez l'enfant.(2). — M. FONTOINON a envoyé à la Société de chirurgie une note sur la fréquence des calculs vésicaux à Madagascar. Cette fréquence est telle, en particulier chez les

(1) Société des sciences médicales de Lille. Séance du 16 janvier 1901.
(2) Société de Chirurgie. Séance du 20 mars.

enfants, que les parents font souvent le diagnostic. En deux ans notre confrère a observé dix-huit cas de calculs dont treize chez des enfants. Dans la vessie de l'un d'eux il dit avoir trouvé dix calculs, chacun du volume d'un œuf de poule.

Sur les treize enfants, trois fois l'expulsion spontanée du calcul a eu lieu. Chez l'un, il a fait la taille prérectale, et chez les neuf autres, la taille hypogastrique, qui a été suivie de succès huit fois.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Pneumonie et sérum antidiphtérique. — M. CAPITAN a essayé dans la pneumonie le traitement par le sérum antidiphtérique préconisé par M. TALAMON. Le résultat a été remarquable. La chute de la température, la résolution du foyer hépatisé se sont produites aussi rapidement qu'on voit la gorge se nettoyer de fausses membranes dans l'angine diphtérique traitée par la méthode. Il ne peut cependant s'agir d'action spécifique, mais vraisemblablement d'une influence excitatrice du sérum sur la leucocytose (1).

Ueber die Desinfection der tuberculosen Sputa in Wohnraumen. (*Sur la désinfection des crachats tuberculeux dans les locaux habités*). — DONATO OTTOLENGHI (2). — Il résulte des recherches de l'auteur que la désinfection des planchers et des murs souillés par des crachats provenant des produits d'expectoration de tuberculeux s'obtient le mieux par la pulvérisation d'une solution de sublimé à 5 0/0, contenant une certaine quantité de Nacl destinée à assurer la conservation de la solution.

Après cette pulvérisation, il importe de fermer tous les orifices du local, pour retarder l'évaporisation et entretenir ainsi l'humidité le plus longtemps possible.

Le lysol peut donner de bons résultats également ; mais son prix élevé diminue l'importance pratique de ce produit au point de vue de la désinfection.

Un cas de tics généralisés guéris par la gymnastique respiratoire (3). — PITRES. — Un jeune homme était atteint, depuis l'âge de neuf ans, de tics généralisés d'une exceptionnelle intensité. Toutes les six ou huit secondes, des secousses violentes, rapides comme si elles étaient provoquées par des décharges électriques, imprimaient à sa tête, à son tronc et à ses membres des mouvements brusques, saccadés, accompagnés de l'explosion soudaine de cris involontaires ou de grognements inarticulés. Ces secousses n'altéraient pas la santé générale du jeune malade. Elles ne l'empêchaient ni

(1) Société de Biologie. Séance du 16 mars.
(2) *Zeitschr. f. Hygiene*, XXXIV, 259-281, 1900.
(3) *Journal de médecine de Bordeaux*, 17 février 1901.

de manger, ni de dormir, mais elles le gênaient beaucoup pour travailler et l'obligeaient, par crainte du ridicule, à se tenir à l'écart de ses semblables.

M. Pitres, ayant remarqué que les secousses diminuaient considérablement de fréquence et d'intensité quand le malade chantait, quand il comptait à haute voix, ou même, tout simplement, quand il faisait des inspirations profondes régulièrement rythmées, pensa qu'elles seraient peut-être avantageusement influencées par des exercices de gymnastique respiratoire analogues à ceux qui sont couramment employés dans le traitement du bégaiement.

Dès les premiers jours qui suivirent l'application de ce traitement, les secousses devinrent moins fréquentes. Un mois après, l'amélioration était tout à fait évidente. Le malade fut, à ce moment, obligé de retourner dans son village. Encouragé par les résultats obtenus, il a continué très régulièrement son traitement. Aujourd'hui, c'est-à-dire dix mois après le début du traitement, il est capable de travailler librement. Il peut se mêler, sans crainte d'être un objet de risée, à ses camarades. Il est guéri.

La lécithine en thérapeutique (1). — MM. A. Gilbert et L. Fournier ont utilisé en thérapeutique humaine l'action de la lécithine déjà étudiée par plusieurs auteurs, et qui paraît s'exercer d'une façon favorable sur la nutrition générale et le développement des espèces végétales (Danilewsky, Selensky, Serons, etc.). La plupart des auteurs s'accordent à regarder cette substance comme jouant un rôle considérable dans la nutrition générale en favorisant l'assimilation de l'azote et du phosphore. Ce sont là aussi les conclusions d'un très intéressant travail de MM. Desgrez et Zaky.

L'administration de la lécithine du jaune d'œuf aux animaux de laboratoire par la voie gastrique, sous-cutanée ou péritonéale, soit à dose de 2 à 5 grammes en une fois, soit par petites doses (0 gr. 10 à 0 gr. 20) longtemps prolongées, leur a montré que cette substance était dénuée de toute toxicité, les animaux augmentant, au contraire, très notablement de poids ; ce fait est surtout appréciable sur de jeunes animaux qui dépassent de beaucoup et rapidement les animaux témoins.

Chez l'homme, ils l'ont administrée soit par voie buccale, sous forme pilulaire à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50, soit en injections sous-cutanées, en solution dans l'huile d'olives stérilisée, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 tous les deux jours. Ils l'ont donnée tout d'abord à des tuberculeux présentant déjà des lésions avancées uni ou bilatérales.

Voici quels ont été, d'une façon générale, les résultats obtenus : augmentation de l'appétit, reprise des forces, augmentation

(1) Société de biologie. Séance du 9 février.

assez notable de poids (dans un cas, augmentation de poids malgré un état fébrile assez intense), amélioration de l'état général; dans deux cas : diminution de la toux, de l'expectoration, de la quantité des bacilles contenus dans les crachats.

Ils ont encore employé la lécithine chez plusieurs neurasthéniques et dans diverses maladies du système nerveux. Il est très difficile, on le conçoit, d'apprécier les résultats obtenus, qu'ils semblent favorables ou non. D'une façon générale, cependant, ils ont noté la reprise des forces, de l'activité, l'augmentation de l'appétit, l'amélioration notable de l'état général.

En résumé, on peut conclure : 1° l'emploi prolongé de la lécithine n'est pas plus nocif chez l'homme que chez les animaux ; 2° les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus, encore incomplets, il est vrai, nous ont paru très encourageants. Ils justifient l'emploi de cette substance chez l'homme.

La levure de bière dans la broncho-pneumonie compliquant la rougeole (1). — Le Dr Bossan (Beaucaire), se basant sur les bons effets de la levure de bière contre les infections dues au staphylocoque et au streptocoque, a eu l'idée d'associer cette substance au traitement de la broncho-pneumonie rubéolique par les bains tièdes sinapisés et des stimulants.

Chez cinq enfants, dont le plus jeune avait vingt-deux mois et le plus âgé cinq ans, dont l'état était extrêmement grave, la guérison survint après une amélioration rapide qui se montra vingt-quatre à quarante-huit heures après le début de l'emploi de la levure de bière. En même temps la langue, sèche et chargée, devenait humide et se débarrassait de son enduit.

Anwendung des Ung. Argenticolloidalis Crédé bei schweren Scharlach (*Emploi de la pommade d'argent colloïdal de Crédé dans la scarlatine grave*), par Adolf Baginsky (2). — Crédé a conseillé de traiter les septicémies par l'argent dissous dans l'eau et les liquides albumineux dans le but d'entraver le développement des bactéries pathogènes. Chez l'homme, ce moyen n'a été utile que dans des infections staphylococciques ou streptococciques peu avancées. Crédé l'a employé sous forme d'une pommade analogue à l'onguent gris, et contenant 15 p. 100 d'argent colloïdal avec 10 p. 100 de graisse de porc, de la cire et de l'éther benzoïque. Chez l'enfant, la dose fut de 1 gramme pour une friction de vingt à vingt-cinq minutes.

Sur 13 cas de scarlatine ainsi traités, Baginsky en a vu 3 seulement guérir, qui auraient guéri probablement sans ce traitement. Dans ces cas, on ne put même pas ainsi prévenir des complications, telles qu'un phlegmon du conduit lacrymal, une otite

(1) Société des sciences médicales de Montpellier.
(2) *Therapie der Gegenwart*, 1900.

moyenne suppurée, une néphrite aiguë. Il est vrai de dire que les cas mortels se rapportaient à des scarlatines graves, dans lesquelles le traitement ne fut institué qu'à une période tardive. En dehors d'un cas où il se fit de l'eczéma, le traitement n'eut pas d'inconvénients.

Anwendung von Sozoiodolnatrium bei scarlatinöser Angina (*Emploi du sozoiodate de soude dans l'angine scarlatineuse*). — BAGINSKY (1) a employé le sozoiodate de soude (sel de soude de l'acide diiodoparaphénolsulfurique) en mélange à parties égales avec de la fleur de soufre au moyen d'un pulvérisateur. Il ne l'a donné à l'intérieur que dans les cas où l'insufflation provoquait des vomissements à la dose de une demi-cuiller à café trois fois par jour. Douze cas furent ainsi traités. Il s'agissait d'angines pseudomembraneuses avec adénites. L'action du traitement se manifestait au bout de deux à trois jours ; les exsudats se détachaient, l'infiltration de la muqueuse diminuait ; les amygdales restaient cependant tuméfiées jusqu'à la desquamation. Concurremment la fièvre tombait, l'état général s'améliorait.

Zur Behandlung der Dermatitis exfoliativa sive Pemphigus malignus (foliaceus) (*Du traitement de la dermatite exfoliatrice ou pemphigus malin foliacé*). — BAGINSKY (2), sur 18 cas de pemphigus non syphilitique, a eu 5 guérisons. Il a employé des bains à 27° ou 28° de décoction d'écorce de chêne (1 kilo par bain de six à huit minutes). Après le bain, on séchait avec de l'ouate et on saupoudrait un mélange de talc et oxyde de zinc. Les résultats sont excellents, et avec des précautions d'asepsie on pourra éviter la terminaison fatale par infection streptococcique.

Gélatine en injections sous-cutanées. — E. PÉRIER.

℞ Gélatine.	30 grammes.
Eau bouillante.	100 grammes.
Ac. phénique neigeux.	0 gr. 5 centigr.

Filtrer à 100 degrés et chauffer au bain-marie avant de faire l'injection hypodermique.

Pommade contre les adénites aiguës et chroniques. — (3) M. W. SLEVIN.

℞ Ichtyol.	ãã 2 gr. 75
Iodure de plomb.	ãã 2 gr. 75
Chlorhydrate d'ammoniaque.	0 gr. 60
Vaseline	24 gr.

Mêlez. Usage externe.

(1) *Therapie der Gegenwart*, 1900.
(2) Id.
(3) *Med. Record*, 23 mars 1901.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

BULLETIN

LES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

Par E. PÉRIER.

« Les mères contemporaines ne connaissent pas le premier mot de leur métier. » Cette assertion de M. PAUL STRAUSS (1) est à retenir. Les dames du monde abandonnent trop légèrement un rôle qu'elles n'ont point appris à des « remplaçantes », pour employer le mot qui a fait fortune, remplaçantes dont la préparation est le plus souvent faite d'ignorance et de préjugés. L'art d'élever des enfants ne s'improvise pas, il faut y être initié. Diriger, surveiller, aider l'éducation des nourrissons en préparant les femmes, les femmes pauvres et ignorantes surtout, à leur métier de mères, telle a été l'idée généreuse qui a préludé aux *Consultations de nourrissons*, dont la première initiative appartient au professeur BUDIN.

C'est lui qui en 1892 inaugura à l'hôpital de la Charité ces « leçons de choses » qui devaient donner des résultats si encourageants. Aussi l'œuvre qu'il avait commencée à ses frais fut-elle bientôt inscrite au budget de l'Assistance publique ; elle est devenue, depuis, le type sur lequel se sont modelées des *consultations* semblables qui fonctionnent maintenant à Paris, en province et à l'étranger.

M. le Dr VARIOT, qui a fondé le dispensaire de Belleville, y a annexé, en 1893, une consultation dans laquelle il distribue, à très bon compte, du lait stérilisé du commerce. Dans ses publications et dans celles de ses élèves, M. le Dr VARIOT a fait voir les excellents résultats qu'il obtenait et les services qu'il rendait à la population de ce quartier pauvre.

Le Dr Henri DE ROTHSCHILD a joint, en mars 1896, à son dispensaire de la rue Picpus, dans le faubourg Saint-Antoine, une consultation de nourrissons qui est très suivie. M. le Dr DUBRISAY père a fait de même, en 1896, rue Jean-Lantier, et M. le Dr BOISSARD en a fondé une dans son service de l'hôpital Tenon.

En présence des résultats obtenus, et sur l'initiative de M. Paul STRAUSS, le Conseil général de la Seine a organisé des

(1) PAUL STRAUSS, *Dépopulation et puériculture*. Paris, 1901, p. 237.

consultations analogues dans les maisons de secours de la ville de Paris et du département. Le 1er juin 1895, on en ouvrait une rue du Chemin-Vert et une autre, le 1er avril 1898, rue Ordener. Sous la direction de M. NAPIAS, trois nouvelles consultations viennent d'être créées, le 1er mars 1899, rue Saint-Benoît, rue La Rochefoucauld et rue Gauthey. En province, des consultations s'organisent un peu partout : à Dieppe, à Grenoble, à Fécamp, à Bordeaux, et à l'étranger, à Athènes, sous l'impulsion de notre collaborateur M. PAPANAGIOTOU, et ailleurs.

Voici comment fonctionnent ces *Consultations de nourrissons*: « Chaque semaine, dit M. BUDIN, les femmes qui sont accouchées dans notre service et qui élèvent chez elles leur enfant, nous l'apportent le vendredi matin. Cet enfant est examiné et pesé. Sur un registre spécial nous inscrivons son poids et les renseignements qui le concernent ; nous pouvons de la sorte établir facilement sa courbe. C'est l'allaitement au sein que nous encourageons de toutes nos forces et nous utilisons tout le lait que la mère est capable de fournir ; nous avons vu quelques femmes qui, médiocres au début, devenaient plus tard d'excellentes nourrices.

Dans le cas où l'allaitement au sein est manifestement insuffisant, nous prescrivons une quantité variable de lait stérilisé que la mère vient ou envoie chercher chaque matin. Parfois même, la femme n'ayant pas de lait du tout, ou, après en avoir eu, n'en ayant plus, son enfant ne boit que du lait stérilisé.

Nous remettons à la mère une fiche en carton sur laquelle nous inscrivons le numéro du registre, la date de la naissance de l'enfant, son poids hebdomadaire, le mode d'allaitement auquel il est soumis et la quantité de lait qui doit lui être distribuée. Lorsque nous le jugeons nécessaire, l'enfant nous est ramené dans le cours de la semaine.

Au lieu d'abandonner à elles-mêmes des mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres, il nous semble préférable de les surveiller, de les diriger, de les aider « Cette consultation, a écrit un de nos élèves, devient une véritable école des mères, car si l'on soigne les bébés, on conseille aussi les mamans, leur donnant une ligne de conduite pour le présent et l'avenir. »

A notre consultation, nous encourageons surtout l'allaitement au sein ; nous le dirigeons de notre mieux par une surveillance continue et par des conseils donnés aux mères ; celles qui nourrissent exclusivement au sein sont bientôt autorisées, lorsque l'enfant va bien, à ne le présenter que tous les quinze jours ; les autres doivent venir exactement chaque semaine.

Pendant les premières années, les mères qui nourrissaient au sein, voyant leur enfant se bien porter, cessaient au bout de quelque temps de se rendre à notre consultation ; nous avions donc surtout, la suivant pendant longtemps, des enfants auxquels nous

donnions du lait stérilisé, parce qu'ils étaient à l'allaitement mixte ou artificiel ; aujourd'hui les mères comprennent mieux les bénéfices qu'elles recueillent d'une directien médicale, de là le grand nombre de femmes qui, bien que donnant exclusivement le sein, nous apportent régulièrement leur enfant.

Le lait de vache que nous distribuons est contenu dans de petites bouteilles que nous stérilisons au bain-marie. Dans chaque bouteille il n'y a que la quantité de lait nécessaire pour une tétée ; nous évitons de la sorte la suralimentation, et aucun flacon ouvert ne doit rester en vidange.

Dans ces conditions, le litre de lait, payé par l'administration de l'Assistance publique de vingt à vingt et un centimes, nous revient, tous frais comptés, au prix de trente-cinq centimes environ En supposant que nous donnions chaque jour de 18 à 20 litres de lait stérilisé, notre dépense serait, à la fin de l'année, de 2.500 francs à peu près. C'est avec cette somme, relativement peu considérable, que nous subvenons aux frais d'une consultation qui, au commencement du mois de juin, comprenait soixante-dix-neuf enfants (1). »

Le Dr Dufour a créé à Fécamp en 1894 la *Goutte de lait*.

« L'action de la *Goutte de lait*, dit M. Dufour, s'exerce de la façon suivante :

a. En donnant aux mères de famille tous les conseils et encouragements possibles pour les engager à nourrir elles-mêmes leurs enfants au sein.

b. Toutes les fois que l'allaitement maternel ne peut être fait complètement et réclame le secours de moyens artificiels, l'œuvre fournit le lait, de façon que l'enfant reçoive une alimentation mixte.

c. Quand il est bien avéré que la mère est dans l'impossibilité physique ou sociale de nourrir son enfant, l'œuvre se charge de préparer elle-même le lait qui est destiné à ce dernier, afin d'éviter les fautes commises trop souvent dans cette préparation, et aussi afin d'assurer à l'enfant un lait de bonne qualité.

Tous les enfants du premier âge de la ville de Fécamp sont admis à bénéficier de l'œuvre de la *Goutte de lait* : ils sont répartis en trois catégories : *a*. section gratuite; *b*. section demi-payante ; *c*. section payante. Dans la première sont inscrits les enfants pauvres. Dans la seconde, ceux des ouvriers. Dans la troisième, les enfants des classes bourgeoise et riche. Les enfants de ces sections reçoivent le même lait préparé de la même manière et distribué dans un matériel semblable. »

M. le Dr Dufour, au lieu de donner du lait de vache pur, lui fait subir quelques modifications destinées à le rapprocher par sa composition du lait de femme. Le lait est coupé d'un tiers d'eau. On ajoute, par litre de liquide, 15 à 20 grammes de crème fraîche, 35 grammes de lactose, 1 gramme de chlorure de sodium.

(1) *Le Nourrisson.*

Le lait ainsi modifié est distribué dans de petits flacons en quantités qui correspondent à chaque tétée, puis on le stérilise en le portant pendant trois quarts d'heure à 102 degrés centigrades.

Notre distingué collaborateur le Dr Saint-Philippe, médecin de l'hôpital des enfants à Bordeaux, a créé dans cette ville une consultation de nourrissons. Celle-ci fonctionne depuis deux ans ; elle a permis au Dr Saint-Philippe, dans l'année 1899, de diriger l'allaitement de 473 nourrissons. Le Dr Quintrie, à qui M. Saint-Philippe a confié le soin de cette consultation depuis le 1er janvier 1900, en a soigné 495 en 1900. Ce qui fait en deux ans 968.

La consultation (1) a lieu une fois par semaine, le mercredi matin. Y sont admis les enfants des filles-mères secourues par le service de l'Assistance, et aussi les enfants des pauvres qui ne sont pas secourues. Une sélection est faite au début de chaque consultation, permettant d'éloigner les enfants porteurs d'affections contagieuses, quelle qu'en soit la nature. Les mères sont, en général, des femmes jeunes, vigoureuses, toutes du peuple. Nous avons dû user de procédés multiples de persuasion pour vaincre leur apathie et leur indifférence. Elles arrivaient trop jeunes à la maternité, dont elles ignoraient les devoirs, et qui était pour elles beaucoup plus un fardeau, étant obligées de travailler pour vivre, qu'une joie. Néanmoins, devant notre persistance et notre évident désir de leur être utiles, elles finirent par s'intéresser à notre entreprise. Les enfants en profitèrent : cette constatation décida de la réussite de la consultation.

Avant tout examen, les enfants, qui nous viennent en général à l'âge d'un mois, lorsque leurs mères ont pu quitter sans danger la Maternité qui les a recueillies pour leurs couches, sont pesés. Ce poids est inscrit sur une fiche qui porte le nom de l'enfant, la date de sa naissance et les observations qu'a pu suggérer le premier examen pratiqué. Tous les mois, la fiche reçoit le nouveau poids constaté, et ainsi il est facile de juger la façon dont l'enfant profite du mode d'allaitement auquel il est soumis.

Puis il est procédé à un interrogatoire serré de la mère sur son passé, génital surtout. Les renseignements sur le père sont presque toujours impossibles à obtenir, les femmes se montrant très réservées sur ce point. Muni de ces éléments d'appréciation, l'enfant d'abord, puis la mère, sont soumis à un examen très minutieux. Chez l'enfant sont recherchés attentivement les stigmates des différentes infections auxquelles peut être soumis le fœtus *in utero* : syphilis et tuberculose particulièrement. Les déformations par absence d'organes ou par défaut de développement de certains d'entre eux sont notées Chez la mère sont relevés avec soin les qualités des glandes mammaires, la valeur de leur sécrétion, l'état des grandes fonctions de l'organisme.

Des conseils sont alors donnés aux mères sur le genre d'allai-

(1) *Journal de médecine de Bordeaux.*

tement qui convient à leur enfant, et qui s'adapte le mieux aux exigences de leur situation. Il ne faut point oublier, en effet, que nous avons affaire ici à des femmes qui travaillent, et qui ne peuvent toujours nourrir leur enfant à leur convenance.

Les résultats obtenus de ces consultations sont très satisfaisants tant au point de vue de la prospérité des enfants qu'à celui de leur mortalité.

Au point de vue de leur santé générale, grâce à la direction de l'alimentation, nous n'avons plus l'occasion d'observer, dit Budin, ni le rachitisme, ni la prétendue dyspepsie du lait pur, ni le gros ventre flasque, ni le scorbut.

Quant à la mortalité générale, elle diminue remarquablement. Voici ce qu'écrit Budin :

« Depuis que nous avons commencé notre consultation, c'est-à-dire depuis 1892 jusqu'au commencement de juin 1899, en ne comptant que les enfants que nous avons surveillés pendant un mois au moins et deux années au plus, nous en avons suivi 435.

238 ont été nourris exclusivement au sein; 197 ont eu l'allaitement mixte ou l'allaitement artificiel.

Sur ces 435 enfants, 32 ont succombé, ce qui fait une mortalité générale de 7,3 p. 100 Voici les causes de mort :

Broncho-pneumonie (dont 5 consécutives à la rougeole et une à la coqueluche)	10
Tuberculose pulmonaire	1
Méningite	7
Adénite cervicale suppurée	1
Péritonite subaiguë	1
Convulsions sans autre désignation du médecin traitant, maladie courte n'ayant duré que quelques heures, diagnostic incertain	5
Diphtérie	1
Syphilis congénitable	3
Variole, dont une variole hémorragique	2
Choléra infantile	1
Total	32

Dans ce dernier cas, il s'agit d'un enfant nourri au sein. Sa mère l'ayant mis dans une crèche de la ville où il recevait du mauvais lait, il eut à plusieurs reprises de la diarrhée. Malgré notre défense, la mère le reconduisit à la crèche ; il y passa la journée du 24 avril 1897, y reçut du lait, fut pris de choléra enfantile et mourut le 25 avril, le lendemain.

On pourrait presque dire que ce fait a toute la valeur d'une expérience, car, en dehors de lui, aucun de nos enfants n'a succombé à la diarrhée ou au choléra infantile.

Mais, dans la mortalité générale des nourrissons, il existe une

mortalité particulièrement intéressante : c'est celle qui est due à la gastro-entérite.

Cette affection sévit principalement pendant les chaleurs de l'été, et elle porte surtout sur les enfants nourris au biberon : sous l'influence de la température élevée, les microbes se développent plus rapidement et plus abondamment dans le lait de vache, qui devient alors très dangereux.

Et M. Budin rappelle comment, pendant l'été de 1898 où la mortalité fut généralement très considérable, *il n'y eut pas de mortalité* à sa consultation de nourrissons.

53 enfants (allaitement au sein 19, allaitement mixte et artificiel 34) ont alors suivi régulièrement la consultation ; 12 ont été atteints par des troubles digestifs : chez 9 ils ont été légers, chez 3 ils ont été sérieux. La morbidité par troubles digestifs a été par conséquent de 22 p. 100.

Aucun enfant n'a succombé.

Le lait distribué était le lait pur, stérilisé dans notre service.

Voici comment M. le Dr Dufour s'exprime sur les résultats qu'il a obtenus :

« En plus de la meilleure résistance aux maladies que retirent nos enfants de notre sévérité dans le rationnement de leur nourriture, nous avons eu constamment l'occasion de vérifier les remarques signalées par M. le Dr Budin. Les enfants non surmenés, non gavés, soit au sein, soit au biberon, n'ont jamais ni eczéma, ni gros ventre flasque ; ce sont choses inconnues au dispensaire de la *Goutte de lait*.

« Bien qu'employant le lait humanisé sans jamais dépasser, sauf de très rares exceptions, la dose de 1.200 grammes, nous n'avons jamais d'enfants rachitiques.

« Le lait chauffé pendant trois quarts d'heure à 100 ou 110 degrés exclut toute manifestation de tuberculose. Notre lait fraîchement trait, humanisé au siège même de l'œuvre, consommé chaque jour, ne nous a jamais permis de constater de scorbut infantile, et cela depuis cinq ans. »

Pour les enfants de la *Goutte de lait*, la mortalité pa rentérite a été sans cesse en diminuant. De 6,80 0/0 elle est tombée à 1,28 0/0.

Ce qui parle le mieux en faveur de cette œuvre, c'est la manière dont le public l'a peu à peu acceptée.

Sur 434 enfants nés à Fécamp, du 1er juillet 1898 au 1er juillet 1899, 156, c'est-à-dire plus du tiers, suivent la consultation.

A Bordeaux, en deux ans, MM. Saint-Philippe et Quintrie ont dirigé l'allaitement de 968 nourrissons. Sur ce nombre 279 sur 493 en 1899 et 399 sur 495 en 1900 ont été élevés au sein ; 48 en 1899 et 42 en 1900 (soit en tout 90 pour 968) ont été élevés au biberon, les autres ont eu l'allaitement mixte. Comme mortalité en 1899, sur 473 nourrissons, il s'est produit 21 décès par gastro-entérites, soit une proportion de 4,4 0/0 ; et en 1900, sur 495 nour-

rissons, 11 décès seulement dus à la même cause, soit une proportion de 2,2 0/0.

Comme on le voit, c'est à peu près partout une diminution remarquable de la mortalité par entérites, jusqu'à présent si redoutée.

A la *Goutte de lait*, la mortalité par entérite a été établie, non plus sur les enfants de zéro à un an, mais sur ceux de zéro à deux ans ; non plus pour le mois d'août seulement, mais pour les trois mois de juillet, août et septembre 1898 : elle a été de 2,8 0/0.

Bien que, dans la plupart de ces consultations, à l'exception peut-être de celle de Bordeaux, ce soit surtout l'allaitement artificiel que l'on soit appelé à diriger, bien qu'il s'agisse souvent des nourrissons nourris de mauvais lait — de par la position précaire des mères — les résultats sont très encourageants. Aussi est-il à désirer que cette œuvre s'étende non seulement aux villes importantes, mais partout où il y une mère et un nourrisson à diriger. Il ne faut plus que ces chétives créatures qui ont droit à la sollicitude la plus tendre de tous soient élevées au « petit bonheur », et il appartient aux médecins toujours prêts à donner leur concours de répandre autour d'eux et le conseil qui éclaire et l'exemple qui stimule.

CLINIQUE

L'ATROPHIE IDIOPATHIQUE DES NOURRISSONS (1)

Par le prof. FILATOW, de Moscou.

MESSIEURS,

Au cours d'une des leçons précédentes, je vous ai montré un enfant présentant un état d'atrophie extrême. Cet enfant était âgé de quinze mois ; pourtant il ne pesait pas plus qu'un enfant de trois à quatre mois. Dans ses antécédents nous avions noté la diarrhée qui avait duré huit mois et qui ne céda qu'à l'hôpital, sous l'influence d'un traitement approprié. A partir de ce moment, l'enfant commença à augmenter régulièrement de poids. Nous avions affaire à un cas d'atrophie dû au catarrhe chronique de l'intestin.

La petite malade que vous voyez aujourd'hui présente également un poids bien inférieur au poids normal et se trouve aussi en état d'atrophie. Elle était amenée à la clinique le 22 septembre 1899, à l'âge de deux mois et demi, parce qu'elle était constipée, avait des glaires dans les selles et ne faisait qu'un cri.

(1) « *Leçons cliniques* » recueillies et rédigées par les médecins WASILIEW, GRIGORIEW, SPERANSKI, et publiées sous la direction du prof. FILATOW (Traduct. par la Dresse M. SCHULTZ).

L'anamnèse nous révèle les faits suivants. Le père, âgé de 33 ans, a eu, l'année dernière, la fièvre intermittente, qui l'a beaucoup affaibli, déterminant parfois même des lipothymies. La mère, âgée de 23 ans, est un peu nerveuse. L'un des frères est tuberculeux. Une tante et la grand'mère maternelle sont mortes de phtisie. Une sœur a eu la maladie de Basedow. La mère de l'enfant, avant sa première grossesse, était atteinte d'une constipation opiniâtre (elle ne pouvait se passer de lavements pendant des semaines ; ses selles contenaient des glaires). Actuellement, ses selles sont normales comme fréquence ; elles renferment toujours quelques glaires. Son père, ses frères et sœurs sont aussi sujets à la constipation habituelle. Outre notre petite malade, la mère a eu encore un autre enfant de deux ans qui avait souffert d'une dyspepsie chronique jusqu'à l'âge de huit mois, époque à laquelle on a commencé à le nourrir au lait de vache. Actuellement, il est bien portant. Pas d'enfants mort-nés ni de fausses couches. Au début de sa dernière grossesse, la mère a été atteinte, pendant deux mois environ, de la malaria, avec diarrhée. Les mêmes incidents marquèrent la fin de la grossesse. Deux jours avant l'accouchement, la mère eut une diarrhée sanguinolente qui se prolongea pendant dix jours après l'accouchement. Ce dernier a été normal ; l'enfant n'a pas présenté de phénomènes d'asphyxie. Le poids de l'enfant à la naissance était de huit livres ; pas d'éruption ni de coryza aussitôt après la naissance. Nourrie par sa mère pendant cinq semaines, ses garde-robes étaient normales pendant les premiers dix jours après la naissance ; la constipation s'établit à ce moment. Vers le quinzième jour après la naissance, l'enfant eut la diarrhée pendant 24 heures, après quoi la constipation devint plus opiniâtre encore. Bientôt apparurent des glaires dans les matières dont l'évacuation était obtenue grâce aux lavements ; l'enfant commença à crier beaucoup. On notait du ballonnement du ventre et beaucoup de gaz. Les évacuations alvines ne se produisaient guère sans quelque intervention (le plus souvent des lavements ou du massage). Pendant quelques jours de suite l'enfant ne rendait que des glaires. Cet état de choses continuait ainsi en s'aggravant progressivement tant que l'enfant fut nourrie par sa mère ; on décida de prendre une nourrice. Pendant 24 heures avant que n'arrivât celle-ci, l'enfant fut alimentée avec du lait de vache ; ce jour-là elle ne cria pas, *et elle eut des garde-robes spontanées presque normales*. Mise au sein de la nourrice mercenaire, l'enfant redevint constipée ; cette nourrice perdit d'ailleurs son lait au bout d'une dizaine de jours et on fut obligé d'en prendre une autre. On institua alors l'allaitement mixte en donnant à l'enfant du lait de vache en plus du lait de la nouvelle nourrice. Pendant qu'elle allaitait, la nourrice avait aussi été atteinte de fièvre intermittente. La mère avait remarqué qu'à mesure qu'on

remplaçait davantage le lait de la nourrice par du lait de vache, les cris de l'enfant *diminuaient de fréquence et les selles devenaient meilleures*. Les quatre derniers jours avant d'entrer à la clinique, on donnait à l'enfant quatre cuillerées à café par jour d'eau d'Ems et du charbon L'enfant recevait sa tétée ou le biberon toutes les deux heures et demie ; on lui donnait en plus quatre lavements par jour et, de temps en temps, on lui faisait du massage de l'abdomen. Les matières étaient presque uniquement constituées par des glaires. La famille de la malade habite à Sormow, près de l'embouchure de l'Oka, dans le Wolga, pays où règnent les fièvres. L'état de l'enfant à l'entrée était le suivant :

Téguments pâles ; tissu cellulo-adipeux sous-cutané faiblement développé ; poids : 3750 grammes.

Au palper, on décèle au cou de nombreux ganglions de la grosseur d'une noix de cèdre. La tête est de forme régulière, la fontanelle ne se laisse pas déprimer par le doigt ; pas de ramollissement sous-occipital, pas de chapelet costal.

L'appétit est mauvais, mais l'enfant n'a pas de vomissements. Elle ne va à la selle qu'avec des lavements et du massage ; les matières sont molles et contiennent beaucoup de glaires. Le ventre est gros, mais souple ; le palper ne décèle rien d'anormal.

Les organes de la respiration et de la circulation fonctionnent régulièrement ; la température est de 37°3.

L'enfant crie beaucoup jour et nuit ; elle devient généralement un peu plus calme après les lavements.

Il y a un mois que cette enfant est entrée à la clinique ; elle en sort aujourd'hui notablement améliorée. Son poids actuel est de 4770 gr. ; elle va spontanément à la garde-robe une à deux fois par jour ; les selles sont normales et ne contiennent que fort peu de glaires. Elle ne crie plus.

En comparant son état général actuel avec celui qu'elle présentait à son entrée, vous voyez que l'atrophie, qui a été très prononcée alors, est en train de disparaître à présent. Nous essaierons d'éclaircir la pathogénie de l'atrophie dans le cas actuel et d'analyser le traitement qui a amené la guérison.

Nous distinguons chez les enfants l'atrophie *symptomatique* et l'atrophie *idiopathique*. La première survient à la suite de diverses affections ; la seconde est due à l'inanition chronique.

L'atrophie symptomatique apparaît le plus fréquemment à la suite de diarrhées chroniques, et alors il n'est pas difficile d'en faire le diagnostic. L'atrophie peut encore être engendrée par quelques affections générales. Lorsque, à l'examen d'un enfant, on ne découvre aucune affection locale, mais que néanmoins il existe une atrophie prononcée, que l'enfant a de la fièvre sans que toutefois sa température dépasse 38° et quelques dixièmes, dans ces cas l'atrophie est le plus souvent déterminée par *une tuberculose à évolution latente*. Lorsque l'enfant est né dans un

pays de fièvres intermittentes, ou lorsque ses parents ont été atteints de malaria, on peut supposer que la cause de l'atrophie réside dans la *fièvre paludéenne* dont l'enfant est affecté. Un symptôme caractéristique de la maladie chez les tout jeunes enfants, c'est la tuméfaction très précoce de la rate : ce symptôme précède tous les autres. Lorsque l'enfant a la fièvre depuis plus ou moins longtemps sans qu'on puisse déceler la rate au palper, c'est un grand signe de présomption contre l'existence de la malaria ; il n'est toutefois valable que pour les formes régulières de cette maladie. Au contraire, dans *les fièvres intermittentes larvées*, la rate peut ne pas être normale, et l'on ne trouve que l'atrophie en plus de quelques autres symptômes. C'est ainsi qu'on constate, la nuit ou le matin, des cris à répétition périodique, des accès périodiques de diarrhée ou de toux, etc. La quinine fait rapidement disparaître tous ces symptômes et le diagnostic est alors posé rétrospectivement. Voici donc les trois principales causes de l'atrophie symptomatique : la diarrhée chronique, la tuberculose et la malaria ; on peut y joindre une quatrième cause : la syphilis congénitale.

L'atrophie *idiopathique* dépend de l'inanition chronique. Lorsque l'enfant est élevé au biberon, il a rarement faim, et il n'est pas difficile de s'en apercevoir ; tandis que chez l'enfant nourri au sein, il n'est pas toujours aisé de déterminer à temps que la nourriture est insuffisante. Cette cause d'atrophie peut être supposée lorsque, l'amaigrissement persistant, les cris sont accompagnés de constipation. Ces enfants ont ordinairement le ventre rétracté, ils crient peu et ne présentent pas de vomissements, ni de régurgitations. Vous puiserez dans la thérapeuthique la confirmation de votre diagnostic : donnez à l'enfant du lait de vache, et si l'enfant devient plus calme, cela vous indiquera que ses cris n'étaient point provoqués par la douleur, mais par la faim. La diminution progressive de l'atrophie à mesure qu'on continuera l'allaitement mixte ne tardera pas à corroborer le diagnostic.

Notre petite malade est née dans une région palustre ; son père, sa mère et sa dernière nourrice ont été atteints de la malaria ; la mère avait même eu des accès de fièvre pendant sa grossesse. Tout ceci indique la possibilité de l'existence de la malaria chez la fillette, bien que la température normale avant comme après son entrée à la clinique et l'absence de tuméfaction de la rate ne soient pas en faveur de cette hypothèse. Néanmoins, ayant en vue la possibilité d'une fièvre paludéenne larvée, j'ai prescrit à l'enfant dès son entrée de la quinine :

℞ Chlorhydrate de quinine	—	0 gr. 60 centigr.
Eau distillée	—	50 grammes.
Acide chlorhydrique	—	Q. s. pour dissoudre.

Trois fois par jour une 1/2 cuillerée à café.

L'enfant a pris cette solution pendant trois jours sans nul

effet. De sorte que, suivant nous, nous devions exclure la malaria comme cause pathogène.

D'autre part, l'anamnèse nous révèle des indications pour admettre l'atrophie idiopathique : la fillette a commencé à crier pendant qu'elle était encore nourrie par sa mère ; on l'a mise au sein d'une première, puis d'une seconde nourrice sans que les cris cessassent ; en même temps l'enfant continuait à maigrir de plus en plus.

On note que le seul jour où l'enfant n'aurait pas crié, c'est le jour où, en attendant la nourrice, elle recevait du lait de vache.

J'attire votre attention sur ce fait que cette constatation nous a été communiquée par la mère tout à fait spontanément ; elle l'a déclaré sans y avoir été induite par des questions de notre part. Un fait paraît témoigner contre l'hypothèse de l'inanition chronique, c'est que la fillette a été soumise à l'allaitement mixte et qu'elle recevait du lait de vache dilué quatre fois dans la journée. Mais alors il est à noter que le taux de la dilution était tel que l'enfant ne recevait, en somme, qu'une cuillerée à une cuiller et demie de lait pur chaque fois. La quantité de lait qu'elle prenait à chaque tétée était de 30 à 50 grammes (au lieu des 90 à 100 gr. nécessaires), comme l'ont démontré les pesées faites à la clinique. Il s'ensuit que l'enfant recevait, en tout, le tiers de la nourriture dont elle avait besoin.

En raison de tout ce que je viens de dire, j'ai décidé d'ajouter au sein l'allaitement au lait de vache, mais conduit d'une façon plus énergique. On a d'abord essayé de donner à l'enfant du lait additionné d'un tiers d'eau de Borjom (1) deux fois par jour, environ six cuillérées à soupe. Le lendemain l'enfant a eu des vomissements même après les tétées ; on cessa alors toute alimentation autre que le sein, et on prescrivit, pour combattre les vomissements, la teinture de noix vomique à la dose d'une demi-goutte chaque fois :

℞ Teinture de noix vomique.	1 gramme.
Liqueur d'Hoffmann, ...	5 —
M. S. A. III gouttes deux fois par jour.	

Ce médicament agit d'une part sur le processus de fermentation qui se passe dans l'estomac, d'autre part sur les douleurs abdominales.

On administrait à l'enfant en outre :

℞ Sous-nitrate de bismuth.	0,06
Oxalate de cérium.	0,01
Un paquet. Trois fois par jour.	

En ce qui concerne l'oxalate de cérium, on a établi empiriquement qu'il agit sur les vomissements ; le bismuth a été prescrit à titre de désinfectant habituel dans les affections gastro-intestinales.

(1) Eau alcaline du gouvernement de Tiflis (Caucase).

Sous l'influence de ces médicaments, les vomissements se sont rapidement arrêtés et on a recommencé l'allaitement mixte. Cette fois, au lieu d'avoir recours au lait, nous nous sommes adressé à la crème de Biedert n° 1 (une partie de crème et 3 parties d'eau). Sur les trois parties d'eau dont elle devrait être coupée, une partie a été remplacée par de l'eau de Borjom. Au début on donna à la petite malade ce mélange deux fois par jour à la dose de trois cuillerées à soupe; elle avait en même temps quatre tétées par 24 heures. Le lendemain elle en reçut six cuillerées à soupe trois fois dans la journée. L'enfant fut nourrie de cette façon du 3 au 8 octobre; alors on ajouta une cuillerée à soupe de crème au mélange (donc 2 cuillerées à soupe de crème, 2 cuillerées d'eau ordinaire et 1 cuillerée d'eau de Borjom). Le 11 octobre le mélange fut encore renforcé: les deux cuillerées de crème furent additionnées de 4 cuillerées d'eau, de 2 cuillerées de lait et d'une d'eau de Borjom. Pendant ce temps l'enfant était bien plus calme qu'auparavant, mais elle n'augmentait pas suffisamment de poids; l'augmentation n'a été que de 300 grammes en quinze jours (du 27 septembre au 13 octobre). Cette augmentation eût été suffisante chez un enfant normal et bien portant; mais elle ne l'est point chez un enfant atrophique qui doit gagner le poids qui lui manque. On ne pouvait pourtant pas augmenter la quantité de nourriture en raison de l'absence d'appétit chez la fillette; on prescrivit alors des injections sous-cutanées d'arsenic, la faiblesse de son tractus gastro-intestinal s'opposant à l'administration de ce médicament par la voie buccale.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler du dosage de l'arsenic pour les injections sous-cutanées chez les enfants. Pour la commodité du dosage nous avons prescrit :

℞ Liqueur arsénicale de Fowler. . . .	1 gramme.
Eau distillée.	7 —

Nous avons commencé par injecter une division de seringue de Pravaz. Au bout de 16 jours nous sommes arrivés à injecter une division de la solution de Fowler normale; à ce moment l'enfant commença à crier et à présenter de la diarrhée. L'administration de l'arsenic à l'intérieur par la voie buccale provoque sans aucun doute, très fréquemment, des troubles digestifs; mais son injection sous la peau ne reste pas non plus sans influence sur le tube digestif. Chez les adultes, on observe en outre de la sécheresse de la gorge, un goût métallique dans la bouche, de l'érythème ou de l'acné à la peau, et enfin des paralysies. Tous ces symptômes de l'intoxication de l'organisme indiquent qu'il faut cesser l'administration du médicament. Il en fut ainsi chez notre petite malade: à partir du 29 octobre, on supprima les injections d'arsenic. La diarrhée cessa et l'état de l'enfant s'améliora rapidement. L'accroissement du poids pendant le dernier mois de son séjour à la

clinique a été de 900 grammes, c'est-à-dire une fois et demie plus fort qu'à l'état normal.

Nous avons donc affaire ici à de l'atrophie idiopathique par suite de l'inanition chronique. Il n'a pas suffi d'instituer l'allaitement mixte intense pour guérir l'atrophie ; il a fallu avoir recours à l'arsenic comme médicament excitant la vitalité et les échanges nutritifs des tissus. La cure par l'arsenic ayant été terminée, le rétablissement progressa avec une grande rapidité.

Lors de l'entrée de la petite malade dans le service, on n'était pas autorisé à rejeter la possibilité de l'atrophie par la tuberculose latente; il n'y avait que l'absence de fièvre à objecter. Le résultat favorable du traitement que nous avons institué nous permet d'abandonner cette hypothèse avec certitude. Quant à la syphilis congénitale comme cause déterminante de l'atrophie, elle ne peut même entrer en ligne de compte en raison de toute absence de données et d'indices pour établir cette hypothèse. En ce qui concerne le catarrhe chronique des intestins que la présence des glaires dans les selles aurait pu faire supposer, je me borne à vous faire remarquer que chez les tout jeunes enfants le catarrhe intestinal ne se manifeste jamais par de la constipation, mais toujours par de la diarrhée ; l'abondance des glaires, bien qu'elle fût une manifestation indubitable d'un catarrhe, ne l'était très probablement pas du catarrhe du gros intestin en général, mais de sa portion inférieure seulement (rectite), par suite de l'usage trop fréquent des lavements.

Ce n'est pas à cette rectite qu'on pouvait imputer d'avoir déterminé la constipation, les cris incessants et l'atrophie.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE AVEC ARTHROPATHIES MULTIPLES (1),

Par le Pr A. MOUSSOUS, de Bordeaux.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-sept ans, un an et demi après la naissance du petit malade. La mort, survenue après deux années de maladie, paraît, d'après les détails donnés, devoir être attribuée à la tuberculose pulmonaire. Mère paraissant jouir d'une bonne santé et niant toute manifestation morbide présente ou ancienne pouvant se rattacher à la syphilis. Du ménage sont nés cinq enfants. Toutes les grossesses sont venues à terme. A l'exception du malade, qui est le quatrième, tous ces enfants ont succombé.

Le premier, au moment même de l'accouchement (présentation du siège) ; le deuxième, huit jours après la naissance (muguet) ;

(1) Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 14 décembre 1900.

le troisième, le deuxième jour (cause inconnue) ; le cinquième, mort accidentellement en nourrice (étouffé), à trois mois.

Antécédents personnels. — Accouchement facile. Pas d'asphyxie à la naissance. Nourri au sein par sa mère jusqu'au quatrième mois. N'aurait présenté comme trouble pathologique pendant cette période qu'une bronchite. La mort du père force la mère à placer l'enfant successivement chez deux nourrices, chez la première pendant trois mois, chez la deuxième pendant un an. Les bronchites se répètent à plusieurs reprises, il y a des troubles digestifs avec gros ventre.

A l'âge de trois ans, léger degré de photophobie sans aucune lésion visible au niveau des yeux. De trois à quatre ans, chute successive de toutes les dents de lait. A quatre ans, éruption cutanée de nature inconnue mais n'ayant duré que quelques jours.

En septembres 1899, la kératite est assez prononcée pour modifier l'aspect des yeux ; l'enfant est conduit à un oculiste. En décembre de la même année, apparition de troubles de l'audition. L'ouïe diminue progressivement sans phénomène douloureux du côté des oreilles, sans aucun signe d'otite. Il n'y a jamais eu d'otorrhée. C'est en mai 1900 que remonte le début des arthropathies, précédées depuis plusieurs semaines de phénomènes douloureux au niveau des jambes. Phénomènes douloureux à exaspération nocturne. Les genoux sont les premières articulations prises ; puis, peu de temps après, le coude droit, et enfin les articulations métacarpo-phalangiennes. En dépit des lésions des genoux, la marche, quoique défectueuse, reste toujours possible.

État actuel. — Enfant chétif, de petite taille pour son âge. N'est pas intelligent, mais voit et entend assez mal.

Les yeux, examinés par le Dr Lagrange, sont atteints de kératite interstitielle. Les opacités cornéennes offrent toutes les apparences de la kératite liée à l'hérédo-syphilis.

Les oreilles, examinées par le Dr Moure, présentent des troubles fonctionnels liés à des lésions du labyrinthe et tels qu'on en trouve parfois au cours de l'hérédo-syphilis.

Toutes les dents manquent, à l'exception de quelques débris qui représentent les vestiges des molaires cariées. Il n'y a pas le moindre indice de la poussée prochaine des dents permanentes.

Sur la fesse gauche existent deux petites cicatrices : l'une à la partie moyenne, de l'étendue d'une lentille ; l'autre, un peu plus étendue, très superficielle, voisine du sillon interfessier et qui offre tous les caractères des *cicatrices fessières* signalées par Parrot.

Pas d'atrophies testiculaires. Le thorax offre les apparences du thorax des rachitiques, aplati latéralement, saillant en avant, au niveau du sternum, le ventre est volumineux.

Les deux genoux sont très tuméfiés, surtout en dedans.

La peau qui les recouvre a sa couleur et son épaisseur normales, elle conserve toute sa mobilité. La palpation ne permet de constater ni empâtement des tissus périarticulaires ni épanchement de liquide intra-articulaire. Les doigts arrivent presque directement sur le tissu osseux. Les épiphyses sont très volumineuses, mais ont conservé leurs formes générales. Ce sont les condyles internes qui sont particulièrement tuméfiés. Le genou droit présente au niveau de l'interligne articulaire une circonférence de 27 cent. 1/2, le gauche de 26 cent. 1/2.

On ne constate ni saillies, ni anfractuosités au niveau des surfaces osseuses articulaires. Elles ne sont pas sensibles à la pression ni à la percussion.

Les mouvements actifs et passifs sont possibles et ne sollicitent pas, en apparence, de sensations pénibles. L'extension peut être obtenue d'une façon presque complète, mais la flexion reste limitée à peu près à la moitié de son excursion normale. Pendant les mouvements imprimés aux genoux, on ne perçoit aucun craquement. Les muscles triceps cruraux sont très atrophiés, surtout dans leur portion inférieure. Le réflexe rotulien est cependant conservé.

Les malléoles internes et externes sont tuméfiées, mais à un degré moindre que les extrémités osseuses qui prennent part à la formation de l'articulation du genou. Les mouvements d'extension et de flexion du pied semblent un peu gênés. Rien du côté des articulations du pied et des orteils.

Pas de tuméfaction appréciable au niveau des articulations coxo-fémorales, dont les mouvements ne semblent ni douloureux ni limités.

Au niveau des membres supérieurs, rien à signaler du côté des poignets, mais les épiphyses supérieures de l'humérus sont très augmentées de volume tant à droite qu'à gauche. Quelques craquements dans l'articulation scapulo-humérale droite.

L'atrophie des muscles périarticulaires et du deltoïde en particulier permet d'apprécier plus nettement encore le volume exagéré de la tête humérale.

Au niveau du coude droit, les mouvements d'extension, de flexion, de pronation et de supination ne conservent pas leur amplitude normale et, en l'absence de tout signe d'arthrite, on constate que cette gêne est due à la tuméfaction très marquée des extrémités supérieures du radius et du cubitus.

Enfin, des arthropathies importantes et de distribution assez symétrique existent encore au niveau des mains. Ce sont les articulations métacarpo-phalangiennes qui sont particulièrement intéressées, les première, troisième, quatrième et surtout cinquième. A l'encontre de ce qui a lieu au niveau des autres articulations malades, on éveille par la pression une certaine sensibilité

et la palpation dénote un peu d'empâtement des tissus recouvrant les extrémités osseuses.

Les articulations des phalanges entre elles ne sont pas absolument respectées, mais la tuméfaction des articulations de la première et de la deuxième phalanges, au niveau du médius, et de l'annulaire, seules articulations atteintes, se réduit à peu de chose. Il n'y a pas de déviation latérale des doigts, aucune attitude vicieuse en flexion ou en extension.

La radioscopie montre de la façon la plus évidente que les gonflements articulaires sont constitués au niveau des deux genoux par une hyperostose considérable des épiphyses (plateau du tibia d'une part, condyles fémoraux d'autre part). Au niveau des mains, au contraire, dans les régions malades, les contours des extrémités osseuses des phalanges ou des métacarpiens sont un peu moins nets que d'habitude; la tuméfaction semble manifestement en rapport avec de la périostite et de l'ostéite raréfiante.

Malgré l'absence de renseignements précis fournis par l'interrogatoire, on ne peut mettre en doute la syphilis héréditaire. La nature des accidents oculaires et auriculaires, l'aspect des cicatrices cutanées ne laissent prise à aucune hésitation. La chute prématurée et le non-renouvellement des dents, l'arrêt général de la croissance sont, en outre, des troubles d'ordre trophique, dont on ne peut méconnaître l'importante signification. Quant aux arthropathies, elles sont tout à fait spéciales. Elles s'écartent par bien des points des arthrites du rhumatisme chronique déformant ou du rhumatisme pseudo-infectieux. Pas d'épanchement intra-articulaire, pas d'attitudes vicieuses, pas d'épaississement de la synoviale, pas de tendance à l'ankylose. Elles offrent, au contraire, tous les traits distinctifs des arthropathies de l'hérédité syphilitique tardive, tels qu'ils nous sont indiqués par certains auteurs et, en particulier, par FOURNIER, qui note expressément que, dans les circonstances assez rares où il a pu les rencontrer, elles s'offraient avec tous les caractères constatés chez notre petit malade. Il s'agit surtout d'ostéo-périostites épiphysaires qui, après une période d'évolution plus ou moins longue et généralement douloureuse, arrivent à constituer d'énormes hyperostoses massives des extrémités articulaires.

La nature syphilitique des arthropathies nous semble donc évidente, comme celle des autres accidents constatés chez notre malade. Le traitement déjà institué d'une façon intensive pourra, nous l'espérons, amener une légère répression des arthropathies encore en évolution, telles que celles des articulations métacarpo-phalangiennes, mais il restera, bien entendu, sans effet sur les arthropathies de date plus ancienne.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE PURULENTE

Par M. le Dr A. TROUSSEAU (1).

La conjonctivite purulente est certainement une des plus graves maladies oculaires qui existent, à cause des redoutables complications cornéennes qu'elle peut entraîner ; après l'atrophie de la papille, c'est elle qui détermine le plus grand nombre de cas de cécité. D'après une statistique de Magnus, la Prusse gagnerait 8 mil lions de marcks par an si l'ophtalmie purulente était supprimée, et cette maladie est encore plus fréquente chez nous ! C'est dire ce que coûte à la fortune publique cette redoutable affection.

En connaître la prophylaxie et le traitement ne doit pas être l'apanage des seuls spécialistes. Il faut l'avouer, souvent la gravité de l'ophtalmie purulente dérive d'un traitement mal fait ou fait intempestivement. La formule : « on ne doit pas devenir aveugle par ophtalmie purulente », serait trop absolue. Je la remplacerais volontiers par celle-ci : « la conjonctivite purulente bien traitée et traitée à temps guérit le plus souvent. »

Il y a malheureusement des cas où, même bien traitée, cette maladie peut entraîner des désastres. Je me rappellerai toujours un fait personnel du début de ma carrière.

Je fus un jour appelé pour soigner un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente. Le premier écoulement était apparu le matin, et c'était à deux heures de l'après-midi que j'examinais l'enfant. Les cornées étaient nettes, l'écoulement bien franc ; je portai un pronostic bénin, après avoir cautérisé les conjonctives au nitrate d'argent. Le lendemain matin, la cornée était perforée, l'œil était perdu. Vingt jours après, je fus de nouveau appelé pour cet enfant, dont l'autre œil était atteint. Je réclamai le concours d'un oculiste fort connu. Comme je l'avais fait vingt jours avant, il cautérisa la conjonctive, rassura la famille, prédisant que dans quinze jours environ la guérison serait complète. Le lendemain, la cornée était perforée.

Je vous rappellerai brièvement les symptômes de la conjonctivite purulente. Un nouveau-né vous est apporté par sa mère ou par une sage-femme. Les paupières sont rouges, gonflées, tuméfiées ; on voit sourdre de la sécrétion entre les cils ; dès qu'on écarte les paupières, le pus s'échappe à flot.

Plus les paupières sont tendues, difficiles à ouvrir, plus le pus est verdâtre, plus grande est la gravité de la maladie.

L'évolution se fait, en général, en quatre ou cinq semaines, mais pendant tout ce temps le danger persiste, car fréquemment l'infection passe d'un œil à l'autre, ou bien l'écoulement, qui semble tari, reparaît si l'on cesse le traitement.

(1) *Le Bulletin médical*, 1901, n° 24.

Les complications se font toutes du côté de la cornée, qui peut s'ulcérer, s'abcéder, se perforer, d'où la possibilité de leucomes simple ou adhérent, d'atrophie des globes oculaires n'aboutissant que trop souvent à la cécité complète.

Avant d'instituer la thérapeutique, il est très important de faire le diagnostic, car le traitement appliqué à tort peut amener de greves accidents.

Dans la conjonctivite catarrhale, les paupières ne sont pas aussi gonflées ; elles présentent encore des plis transversaux, l'écoulement n'a pas la couleur verdâtre.

L'orgelet, avec un peu de conjonctivite catarrhale concomitante, peut, par le gonflement des paupières, simuler l'ophtalmie purulente, mais la détermination d'un point douloureux bien localisé sur le bord palpébral par la pression d'une pointe de stylet, permettra de reconnaître cette affection.

Dans le phlegmon de l'orbite, les paupières sont infiltrées, leur rougeur est étendue, mais il y a peu ou pas d'écoulement catarrhal ; il existe de l'empâtement dans toute la région orbitaire.

Le diagnostic avec la panophtalmie est facile : le globe oculaire est volumineux et dur, les douleurs sont atroces, il n'existe pas de vraie sécrétion conjonctivale.

Prophylaxie.

Avant d'aborder le traitement de l'ophtalmie purulente, j'insisterai sur la prophylaxie, dont je n'ai pas à démontrer l'importance après ce que j'ai dit au début.

La contagion peut avoir lieu :

1° D'individu à individu ;

2° Du malade au médecin ;

3° Chez le même malade, d'un œil à l'autre.

1° Pour éviter la dissémination de l'ophtalmie, il faudra prendre toutes les précautions hygiéniques : nettoyer et détruire les objets de pansement qui auront servi au malade, n'employer que du coton hydrophile brûlé immédiatement après usage. On devra proscrire absolument les pinceaux et les crayons de nitrate d'argent, car l'on a vu leur emploi amener, dans certains établissements hospitaliers, de véritables inoculations en masse. Enfin, il sera excellent d'isoler le malade.

2° Le médecin, pour ne pas contracter la maladie, devra désinfecter soigneusement ses mains et ses instruments avant et après les pansements. Un moyen de contagion assez fréquent est celui-ci : quand on écarte un peu brusquement les paupières d'un malade atteint de conjonctivite purulente, il arrive presque toujours que quelques gouttes ou même un jet de pus est lancé et peut atteindre l'œil du médecin. On a proposé, pour éviter cela, d'interposer une lame de verre entre le visage du malade et celui de l'opérateur, ou bien d'employer de grosses lunettes fumées ; mais

je crois qu'avec des précautions, en détournant un peu la tête et surtout en écartant très doucement les paupières, on peut se mettre facilement à l'abri de cet accident.

3° Pour empêcher les deux yeux d'être envahis consécutivement, il sera très utile de faire des lavages préventifs de l'œil resté indemne, de faire coucher le sujet du côté malade, afin que le pus ne coule pas vers l'œil sain ; s'il s'agit d'un adulte, on peut prescrire des lavages antiseptiques du bon œil matin et soir, appliquer un pansement sur celui-ci deux fois par jour, ou le couvrir d'un verre de montre enchâssé dans du diachylon, permettant ainsi la surveillance.

Enfin, envisageant la prophylaxie d'une façon plus générale, je rappellerai qu'il y a deux sortes d'ophtalmie purulente :

A) L'ophtalmie blennorragique,

B) L'ophtalmie des nouveau-nés.

a) Pour éviter la propagation de l'infection de l'urèthre à la conjonctive, il faudra faire nettoyer les mains et les objets de pansement des individus atteints de blennorragie, leur montrer le danger qu'il y a à porter leurs mains à leur visage ou aux yeux. Chez les petites filles qui présentent de la vulvo-vaginite, on devra traiter cette affection et prévenir les parents.

b) Les enfants, en naissant, s'inoculent au passage dans le vagin ; par conséquent, on pourrait facilement éviter la contagion en lavant et désinfectant les femmes enceintes avant l'accouchement ; mais comme cela est quelquefois impraticable, voici comment l'on doit s'y prendre : aussitôt après la sortie de l'enfant, essuyer doucement les paupières avec du coton hydrophile *sec*, et non trempé dans une solution, car le liquide souillé peut, en pénétrant daus les culs-de-sac, les inoculer alors qu'ils sont indemnes ; se garder également de laver les yeux avec l'eau du bain que l'on donne aux nouveau-nés.

Crédé a préconisé un moyen très efficace : avec une baguette de verre bien propre, il laisse tomber dans l'œil de l'enfant une ou deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. Au bout de deux ou trois jours il se produit un petit écoulement catarrhal qui n'a aucun inconvénient et aucune ressemblance avec de la conjonctivite purulente. A la Maternité de Leipzig, depuis que cette méthode est employée, la fréquence de l'ophtalmie est tombée de 10 et 12 0/0 à 1/2 0/0.

L'on a préconisé le jus de citron, la poudre d'iodoforme, le savonnage, mais l'action de ces moyens est infidèle.

Il serait désirable que l'Etat français prît des mesures pour éviter la propagation de la conjonctivite purulente ; que, par exemple, toute personne, parent ou sage-femme, déclarant la naissance d'un enfant, reçoive un imprimé indiquant la gravité et les symptômes de cette maladie et prescrivant de conduire les malades au

médecin dès le début (1); enfin il faudrait que la déclaration de l'ophtalmie purulente, comme maladie contagieuse, fût obligatoire.

Traitement.

Pour examiner un enfant atteint d'ophtalmie purulente, il faut lui maintenir la tête entre les genoux, dire à l'aide de lui tenir les deux mains. Puis, avec un tampon, nettoyer les paupières, décoller les cils en faisant doucement couler quelques gouttes d'une solution antiseptique. Si les paupières s'ouvrent, bien inutile de se servir d'écarteurs; sinon, les introduire avec beaucoup de précautions, et les écarter de même, sans presser sur le globe oculaire, car la cornée pourrait être sur le point de se perforer, et la pression déterminerait cet accident.

Aussitôt l'œil ouvert, la première chose à examiner, *c'est l'état de la cornée*, et, d'après cet examen et celui des paupières, l'on pourra porter un pronostic qui se basera sur ces trois signes :

Gonflement des paupières ;

Nature et couleur de l'écoulement ;

Etat de la cornée.

Pour le traitement à instituer, notre conduite variera suivant :

Qu'il n'y a point de complications cornéennes ;

Ou qu'il y a des complications.

A. — Il n'y a pas de complications.

Nos moyens d'action seront alors :

1° Les lavages antiseptiques ;

2° Les cautérisations au nitrate d'argent.

a) *Lavages antiseptiques.*

D'une façon générale l'on ne doit employer, pour faire les lavages, aucun antiseptique irritant, surtout les préparations de sublimé où il entre de l'alcool. La solution que je vous conseille est la suivante :

℞	Acide borique.	30 gr.
	Eau bouillie.	1000 gr.

Ou simplement de l'eau bouillie.

Pour faire les irrigations il faut ramener en arrière la tête du patient, ectropionner de la main gauche la paupière inférieure du malade et le faire regarder en haut s'il s'agit d'un adulte. Avec la main droite on fait couler, au niveau de l'angle interne, un long filet de liquide en pressant un tampon d'ouate hydrophile largement imbibée. On peut aussi se servir d'un petit ballon en verre, muni de deux tubulures, une large, par laquelle on y introduit le liquide, une effilée, qui laisse passer un jet que l'on fait couler entre les paupières.

(1) Dans beaucoup de mairies, lorsque le propriétaire d'un chien vient en faire la déclaration, on lui remet un imprimé décrivant les symptômes de la rage et la conduite à tenir si elle vient à se produire.

b) *Cautérisation au nitrate d'argent.*

Le nitrate d'argent, préconisé au siècle dernier par Saint-Yves, n'a pas encore été supplanté par les succédanés récemment vantés : le protargol, l'argentamine, etc. Le nitrate d'argent a une double action :

1° Il coagule l'albumine et évite ainsi l'envahissement des parties profondes ;

2° Il produit une escharre superficielle qui balaye pour ainsi dire, lorsqu'elle tombe, l'épithélium, les cellules lymphoïdes sous-jacentes, et, avec elles, l'agent infectieux.

Comment faut-il l'appliquer?

Il faut d'abord retourner les paupières, les assécher, tremper une baguette de verre entourée de coton dans une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, puis la promener sur *toutes* les parties de la muqueuse, et spécialement sur les culs-de-sac bien développés, jusqu'à ce que la muqueuse ait pris une coloration blanchâtre. Il se produit une petite escharre qui se détache, en général, dans la journée.

Après la cautérisation il faut appliquer quelques compresses froides de solution antiseptique de moyenne intensité : eau boriquée, eau bouillie.

Quand faut-il commencer les cautérisations ?

Quand l'écoulement est devenu franchement purulent. S'il n'est pas nettement établi, s'il est simplement séreux ou muco-purulent, il faut attendre pour intervenir.

Faut-il se servir d'eau salée ?

Si la cautérisation est bien faite, il est tout à fait inutile d'en modifier l'action par la neutralisation.

Quand faut-il renouveler les cautérisations ?

Quand l'escharre est tombée, environ après vingt-quatre heures. Toutefois, dans les cas graves, on pourra cautériser toutes les douze heures.

Quand faut-il les cesser ?

Quand toute trace d'écoulement a complètement disparu ; si l'on cesse trop tôt, l'écoulement reparaît. Dans ce cas, il faut recommencer comme au début.

Que faut-il faire dans l'intervalle des cautérisations ?

Des lavages antiseptiques chaque fois qu'apparaît le pus, qu'on ne devra jamais laisser accumuler entre les paupières. Dans l'intervalle des lavages, on laissera sur l'œil des compresses froides ou même glacées qui calment la réaction.

Y a-t-il autre chose à faire que les cautérisations ?

Dans quelques cas, lorsqu'il y a du chémosis intense, avec gros bourrelet autour de la cornée, on peut faire des scarifications dans le sens horizontal, mais seulement après les cautérisations. On peut, au besoin, pratiquer la canthoplastie si les paupières

sont trop tendues, impossibles à retourner et menacent d'étrangler la cornée.

Le Dr Kalt a préconisé un traitement par les grands lavages au permanganate de potasse. Ce traitement donne de bons résultats, sans que l'on puisse affirmer qu'il doive remplacer dans tous les cas le traitement classique.

Au moyen d'un petit entonnoir laveur que l'on introduit entre les paupières, l'on fait couler entre elles, deux à quatre fois par jour, 2 litres d'une solution ainsi préparée :

℞ Eau distillée.	250 gr.
Permanganate de potasse.	20 gr.

Une cuillerée à café pour 2 litres d'eau.

B. — Il y a des complications.

Quelles qu'elles soient, il ne faut jamais cesser ni *les cautérisations*, ni *les compresses*, ni *les lavages*.

Les complications qui peuvent se produire sont :

Une simple desquamation épithéliale de la cornée, avec infiltration ; les lavages et les compresses doivent être employés tièdes ou chauds.

L'ulcération ou abcès : même traitement, accompagné d'instillation du collyre à l'ésérine deux fois par jour.

℞ Eau.	5 gr.
Esérine.	0 gr. 03

Si l'abcès s'étend, on le touchera avec la pointe du thermocautère.

S'il y a menace de perforation, il ne faut pas attendre qu'elle se produise en mauvais lieu ; on la provoquera en rompant le fond de l'ulcère au galvano-cautère.

Si le cristallin s'engage dans la perforation, le dégager, réséquer l'iris hernié, instiller l'ésérine, faire de grands lavages, appliquer un pansement un peu compressif, souvent renouvelé.

S'il y a du staphylome, on le réprimera avec la pointe du thermocautère.

En tous cas, il ne faut pas se décourager ; tant que le globe de l'œil n'est pas atrophié, on peut espérer voir la cornée s'éclaircir.

Le grand orage, les grandes complications évités, il faut diminuer peu à peu les cautérisations et les lavages, toucher parfois quelques papilles hypertrophiées avec :

℞ Glycérine.	10 gr.
Sulfate de cuivre.	0 gr. 75

mais n'abandonner le malade que lorsque tout est parfaitement rentré dans l'ordre, sans négliger le traitement ultérieur des taies de la cornée, des leucomes adhérents, etc.

En résumé, pour guérir une ophtalmie purulente, il faut :

Des lavages antiseptiques et des cautérisations bien faites et fréquemment répétées avec du nitrate d'argent à 2 0/0.

HYGIÈNE

HYGIÈNE SCOLAIRE

Par le Dr Foveau de Courmelles,

Lauréat de l'Académie de Médecine, vice-président de la Société française d'Hygiène et de l'Association des membres de l'Enseignement, directeur de l'*Année Electrique*.

Avec la surcharge des programmes universitaires, le surmenage cérébral et mal conduit de longues années, le corps courbé sur la table de travail d'une façon incessante et prolongée, il convient plus que jamais de se préoccuper de la position corporelle de l'enfant devant son bureau. Son corps ne prend-il pas des positions disgracieuses et pénibles qui affecteront et retarderont sa croissance ? Croit-on qu'il soit indifférent pour la colonne vertébrale, par exemple, d'être sans cesse incurvée, à peine redressée quelques heures au lit, en un repos souvent incomplet, hanté par l'obsession d'examens en perspective ?

Singulière époque où le *mens sana in corpore sano* sans cesse clamé est oublié dans la pratique ! Les *leçons de choses* dont parlait ici récemment notre excellent rédacteur en chef, le Dr E. Périer, et qui ont été accueillies, au lendemain de la guerre de 1870-71, comme l'une des plus fécondes et plus salutaires réformes de l'enseignement à tous les degrés, — les *leçons de choses*, disons-nous et disions-nous en *L'Esprit scientifique contemporain* (1) — sont négligées, oh combien ! Et quel meilleur exercice physique et intellectuel, quel labeur cérébral plus profitable, peut-on rêver, que la vue et le contact avec les objets à étudier, les promenades en les usines, en les forêts, la démonstration au grand air ou dans le milieu approprié, des êtres et des choses ! Et comme le corps non courbé, en sa position naturelle rendrait d'autant perméable le cerveau aux phénomènes de l'entendement ! Je sais bien, pour en avoir tenté la visite, que maintes usines françaises, nationales ou particulières, sont fermées aux visiteurs français, sous prétexte de secrets de fabrication que l'on pourrait saisir, mais en réalité et souvent, je crois, pour violation des règles de l'hygiène. Mais je veux croire que ces usines sont l'exception, et, dans tous les cas, il reste un champ assez vaste pour instruire l'enfant ou le jeune homme. La vue d'un arbre peut prêter à une leçon de choses très profitable par la description botanique et utilitaire du végétal. La contemplation d'un insecte peut révéler sa structure extérieure et ses mœurs. Les usines à gaz, les télégraphes... révéleront en une fois leur chimie et leur physique spéciales, souvent si difficiles et si longues

(1) Dr Foveau de Courmelles, *L'Esprit scientifique contemporain*, bibliothèque Charpentier, Fasquelle, édit. 410 p. in-12, Paris, 1899.

à comprendre en les livres. Et combien d'exemples identiques on pourrait donner ! Toutes ces vérités sont banales; mais qui les applique ? Personne ! L'enfant continue donc un travail fastidieux, le gavage mnémonique, d'entassement psitaccique en ses cellules cérébrales spéciales,.. son corps courbé *et ses organes abdominaux comprimés, congestionnés*, de longues heures, des journées entières, d'éternelles années pour conquérir des positions dites libérales, et combien dépendantes ! Tout le monde le déplore; mais cela continue et s'aggrave. Les moindres places se donnent au concours !...

Il faut donc, les réformes scolaires des programmes n'étant pas près de se réaliser, songer à quelque chose de pratique, de facilement réalisable. Et un premier fait se constate qui a motivé de divers côtés les réflexions suivantes :

Que dirait-on d'un maître qui, dans une école fréquentée par des enfants et des jeunes gens de 6 à 18 ans, *voudrait imposer à tous ses élèves... des vêtements de même taille ou des chaussures de la même pointure ? On dirait qu'il manque de raison !*

— Pourquoi ne fait-on pas les mêmes réflexions à la vue du mobilier scolaire, si défectueux, de presque tous nos établissements scolaires ?

Prenons une école rurale fréquentée par une moyenne de cinquante enfants de 6 à 13 ans, où l'on se conforme aux idées actuelles de l'enseignement et consistant à enseigner simultanément la lecture et l'écriture à l'enfant, dès les premiers jours de sa fréquentation à l'école. *Les bancs-tables ont tous même disposition, même écartement, même largeur, même hauteur...* et il en est de même, nous le répétons, dans la plupart des lycées, collèges, etc. *Les dimensions du mobilier scolaire ne sont point appropriées à la taille des élèves*, aussi chaque enfant, instinctivement, fait-il des efforts pour s'accommoder aux dimensions de ce mobilier...*prendre des attitudes vicieuses... les conserver tout le temps de la classe...* et cela *chaque jour... pendant des années...* PRÉCISÉMENT DANS LA PÉRIODE OU L'ENFANT SE DÉVELOPPE... et dans laquelle se produiront facilement — et pour persister — les altérations de la vue et les déformations nommées, avec juste raison, *déformations scolaires*.

Depuis longtemps tous les pédagogues sérieux réclamaient — avec insistance — *d'adapter le banc à l'enfant*, et non l'enfant au banc !

Varier la position de l'enfant, c'est répondre aux exigences naturelles de la croissance. Cela peut se faire sans nuire à la discipline et évite les punitions inutiles — souvent injustes — infligées aux enfants, pour avoir « *bougé* » en classe, *alors que la croissance exige le mouvement* !

... *Serait-il logique d'empêcher un papillon de sortir de sa coque de chrysalide ?* Non, certes !

A l'école, la croissance de l'enfant est incompatible avec l'obli-

gation de rester toujours assis. . sans remuer *sous peine de punition !... piquet, retenue, privation de sortie*, qui justement, au lieu d'atteindre le but cherché, augmentent encore le besoin de mouvement, inné chez l'enfant, et dont, sans réflexion, on lui fait un crime.

Les enfants, pouvant travailler... debout... se reposeront des fatigues de la station assise prolongée.

Plus la fatigue physique des enfants sera évitée, plus leurs forces intellectuelles seront grandes. Les résultats du concours ou d'examen sont subordonnés .. au mobilier scolaire... puisque de lui dépend la fatigue ou le bien-être de l'écolier.

*
* *

Nous arrivons ainsi à parler d'une réforme élémentaire, banale et simple. On nous permettra à ce sujet de parler d'une nouvelle *table scolaire hygiénique*, en répétant ici ce que nous disions à la séance de la *Société française d'Hygiène* du 8 mars 1901, et qui est encore inédit :

« La *Société française d'Hygiène* ne peut évidemment se désintéresser de l'avenir de nos écoliers, de nos enfants, l'espoir de la nation; elle a prouvé son intérêt en ouvrant jadis largement ses portes à notre excellent collègue, M. Féret, dont le renom, puis les études d'hygiéniste, si répandus aujourd'hui, datent de là; l'un de ses vice-présidents, également vice-président de l'*Association des Membres de l'Enseignement*, devait aussi chercher, sinon à trouver lui-même, du moins à découvrir l'inventeur désintéressé d'une table scolaire encore en progrès sur celle de M. Féret. Il a été guidé par l'Exposition universelle de 1900 qui, en fait de mobilier scolaire, a accordé la plus haute récompense, une médaille d'argent, à M. Victor Brudenne, ancien professeur de dessin et de travaux manuels d'école normale, directeur de la Pension Moderne de Nesle (Somme).

« Cette table qui va vous être présentée par son auteur lui-même que j'ai la bonne fortune de vous amener ce soir, est actuellement et gracieusement à la disposition du Ministère de l'Instruction publique auquel M. Brudenne offre son brevet. Ce serait là un immense bienfait pour nos écoliers, mais qui se fera peut-être attendre, vu les lenteurs administratives à étudier et accepter les meilleures innovations.

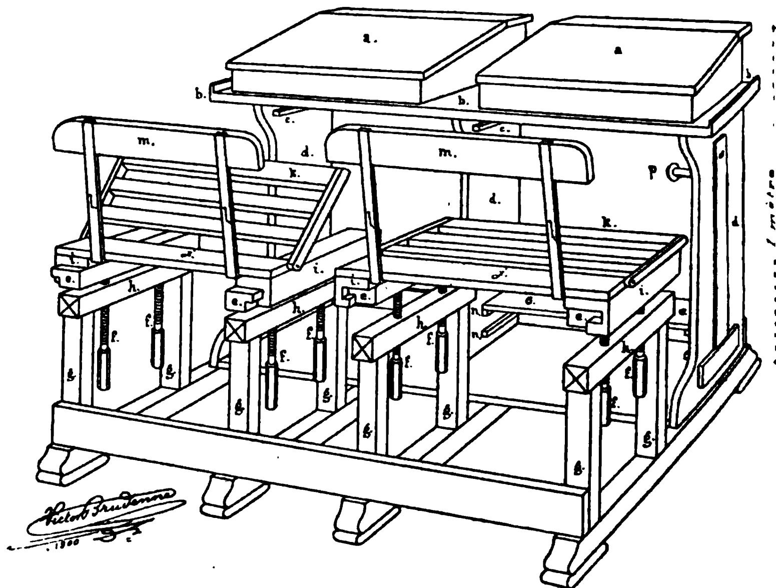
« Je n'insisterai pas sur les avantages de cette nouvelle table scolaire hygiénique qui vont vous être démontrés; mais je me bornerai à constater que d'une hauteur invariable, ce qui rend l'aspect et la surveillance de la classe uniformes et possibles, c'est la position seule de l'élève qui varie, avançant, reculant, s'élevant, s'abaissant par des ajustages, des vis appropriés et mus par le maître... avantages qui me paraissent réaliser l'idéal scolaire et hygiénique de l'enfance. »

Ainsi qu'on le voit, il ne s'agit nullement là d'une affaire commerciale; et le serait-elle, qu'il ne conviendrait pas autrement de s'en préoccuper, pas plus qu'on ne l'a fait pour la table de M. Féret qui a eu et a encore grand succès, mais de voir l'intérêt supérieur de nos enfants et des générations futures.

M. Brudenne offre gracieusement son invention à l'État, et si celui-ci tarde trop, les institutions particulières ou les familles nombreuses qui instruisent chez elles leurs enfants y peuvent d'ores et déjà recourir.

Au reste, voici la description de cette table:

La Table scolaire hygiénique, par sa construction et ses dispositions particulières, *remplit les conditions essentielles de l'hygiène scolaire* en permettant aux élèves de donner à leur corps la position naturelle qu'il doit constamment occuper, suivant leur taille et le genre de travail qu'ils accomplissent.



La Table scolaire hygiénique permet aussi d'alterner le travail assis et le travail debout (ce qui n'avait jamais pu s'obtenir jusqu'à présent).

Le dessin ci-dessus est une vue perspective de l'arrière de la table, c'est-à-dire du côté des sièges.

La table comporte deux pupitres (*a*) placés sur le dessus d'une table horizontale (*b*) et à une certaine distance l'un de l'autre de manière que les élèves puissent placer entre eux et en sûreté les boîtes de compas, de couleurs, les godets et aussi les diverses bouteilles d'encre à dessin... etc., jusque-là exposés à être ren-

versés ou jetés à terre pendant la manœuvre des planches, équerres ou règles à dessin.

Le dessin (*b*) de la table prolongé à droite et à gauche et pourvu de rebords peut également recevoir les porte-plumes, crayons, canif, gommes et autres accesssoires d'écolier.

Sous la planchette (*b*) de la table, dans les rainures *ad hoc* (*c*) peuvent être rangés une planche et un carton à dessin. A droite et à gauche de la table, sur ses montants (*d*) se trouvent des crochets destinés à recevoir les équerres ou les règles à dessin, *de façon que les élèves aient constamment sous la main tout ce qui est indispensable au travail ordinaire de classe.*

A l'intérieur des montants (*d*) se trouvent des porte-manteaux (*p*) pour accrocher les chapeaux ou casquettes, vêtements, foulards, cache-nez et autres objets de toilette, cela évitant ainsi l'encombrement des murs de classe et surtout le va-et-vient bruyant provenant des déplacements forcés pour aller porter ou reprendre ces objets.

Les pupitres de la Table scolaire hygiénique sont placés à environ un mètre du sol, et cela dans un double but : 1° permettre au professeur de surveiller efficacement le travail de ses élèves, de le corriger même en cours d'exécution, sans forcer le maître à se tenir constamment courbé, comme avec l'ancien matériel scolaire; 2° permettre à l'élève de se tenir devant la table lorsque le besoin s'en fera sentir et que le professeur désirera alterner les travaux assis et les travaux debout (dessin géométrique, lavis, cartographie, etc.).

Dans le but de permettre à l'élève la position naturelle du corps que réclame le genre de travail qu'il exécute et aussi pour s'adapter à sa taille..., le siège est disposé de manière à pouvoir monter ou descendre à volonté. En outre, le siège peut coulisser, soit en avant, soit en arrière ; à cet effet, il se compose de deux coulisseaux (*ee*) dans lesquels se tournent les extrémités des vis (*f*) qui, d'autre part, se vissent dans les barres transversales (*h*) des pieds (*g*) du siège. Sur ces coulisseaux (*ee*) peuvent se déplacer des coulisses (*i*), reliées entre elles par une traverse (*j*) qui est située à l'arrière du siège.

Le dessus du siège (*k*) est composé de barreaux de bois, pour éviter l'échauffement de la cuisse ; il est articulé près de la traverse (*j*) de manière à pouvoir être relevé, totalement, contre les montants (*l*) du dossier (*m*).

Des tasseaux (*nn*) disposés les uns au-dessus des autres permettent de placer une planchette (*o*) à des hauteurs différentes, mais toujours de façon que l'élève puisse faire reposer ses pieds, à plat, dans une position normale et... suivant la longueur de ses jambes.

D'après ces dispositions, on comprend aisément qu'il sera possible désormais de *faire occuper à l'élève une position normale du*

travail, suivant sa taille, en montant ou en abaissant le siège au moyen des vis (*f*) et en plaçant la planchette (*o*) à la hauteur voulue. De plus, la faculté de pouvoir reculer ou avancer le siège (*k*) permettra à l'élève de s'approcher de son pupitre pour les travaux d'écriture et (restant toujours assis) de s'en éloigner pour, par exemple, disposer sur ses genoux un carton à dessin, tenu dès lors presque verticalement, se trouvant appuyé sur le bord antérieur de la table et permettant ainsi le dessin à vue (d'après nature ou d'après la bosse), tandis que le dessin géométrique, le lavis, seront faits sur la planche à dessin posée sur le pupitre même, l'élève se tenant alors debout.

On le voit, la Table scolaire hygiénique de l'Exposition universelle de 1900 répond absolument à toutes les règles de l'hygiène scolaire et... à tous les besoins pédagogiques, quels qu'ils soient.

En outre, le maître ne se courbe plus, vu la hauteur convenable des tables, et se fatigue moins, ce qui n'est pas négligeable, tant pour lui que pour l'élève, car le maître fatigué est bien près d'être un mauvais maître !

Les élèves, groupés deux par deux, sortent, s'il le faut, facilement et sans bruit des tables, sans troubler ni déranger les voisins.

* * *

Quelques considérations générales peuvent encore trouver ici leur place et montrer notre illogisme scolaire, produisant une incurvation néfaste de la moelle, une congestion des organes abdominaux comprimés.

L'armée, l'Etat, qui ont besoin d'hommes forts, ne pourraient-ils donc s'intéresser à leur... pépinière de solides sujets?... Ne pourraient-ils donc s'intéresser au mobilier scolaire... ce *tuteur actuel de nos jeunes gens*... tuteur né... presque avec Charlemagne (*il y a onze cents ans* !!!) et *qui, depuis, est resté ce qu'il était à sa naissance*: UN BANC RIGIDE, LE MÊME POUR TOUS... (*grands ou petits, gros ou minces*) .. un banc rigide, meurtrissant notre enfance au lieu de favoriser la croissance normale de notre corps ?

Est-ce que les soldats pourraient se battre avec avantage, aujourd'hui, si on leur avait laissé les casse-têtes, les haches, les arcs et les flèches d'autrefois ?

Est-ce que les écoliers pourront toujours fournir l'énorme labeur qu'on exige d'eux si on continue à leur imposer le supplice sans nom de *l'altération de la vue*, de *l'écrasement incessant des organes*, de la *déformation extérieure du corps*... tout cela, dû à la défectuosité flagrante du matériel scolaire ?

Aux cavaliers, l'armée donne de *bons chevaux* ; aux soldats elle donne de *bons fusils*; aux artilleurs elle donne de *bons canons*; aux ouvriers.., quelle que soit leur profession... on donne de *bons outils* !...

Et aux écoliers? . . . . Aux écoliers *on laisse* un matériel suranné, les fatiguant beaucoup, altérant leur vue, courbant leur dos, les rendant bossus, phtisiques parfois, déformant, en tous cas, leur corps et par suite déprimant nécessairement tous leurs organes.

Et qui sait si la folie, la neurasthénie, attribuées et souvent attribuables au surmenage intellectuel, ne sont pas dues quelque peu — peut-être beaucoup — à cette congestion des organes par défectuosité du mobilier scolaire (1) ?

Aux écoliers, ne pourrait-on donner... *un bon matériel scolaire, de bonnes tables surtout*?... alors que tout le monde, autour d'eux, est pourvu des derniers perfectionnements de la science?

Nous ne dirons pas que signaler ces élémentaires desiderata, c'est en pouvoir espérer, à bref délai, la réalisation par l'Etat! L'administration n'est généralement pas pressée, et si un député influent ne prend en mains la réforme proposée, on n'est pas prêt de la voir aboutir! Cependant la question est dans l'air : l'Académie de médecine ne s'en désintéressera pas, et je n'en veux pour preuve que cet extrait du *Bulletin de l'Académie de Médecine* (séance du 22 janvier 1901), que beaucoup de médecins ont dû recevoir comme moi, sur une présentation d'appareil : *Appareil de contention pour prévenir les attitudes vicieuses et les déformations chez les élèves violonistes*, et où M. J.-V. Laborde, le distingué physiologiste, s'est occupé d'une question du même ordre, quoique moins importante, vu la relative minorité des élèves violonistes, par rapport aux autres élèves de tout ordre, tous intéressants d'ailleurs :

« Parmi les causes d'ordre professionnel, dit l'éminent académicien, et purement fantaisiste et d'agrément, capables d'engendrer des déformations, il en est une qui mérite plus d'attention qu'on ne lui en accorde d'habitude : il s'agit de l'apprentissage et du jeu du *violon* chez les jeunes sujets.

« Il arrive en effet, fréquemment, que le médecin se croit obligé d'interdire l'étude du violon à des enfants chez lesquels diverses causes prédisposantes (faiblesse générale, croissance rapide, hérédité, etc.) font redouter une *déviation de la colonne vertébrale*, ou qui déjà ont contracté une *attitude vicieuse* par le fait d'une boiterie, d'un torticolis, de douleurs rhumatismales, ou encore pendant la station assise nécessaire pour différents travaux.

« D'autre part, la position même du bras exigée par l'apprentissage et le jeu du violon fatigue souvent les élèves, avant qu'ils en aient acquis l'habitude, et est l'origine d'inclinaisons fâcheuses, même chez ceux qui semblent s'y être habitués, mais qui en font

(1) Dr Foveau de Courmelles : *Comment on se défend de la neurasthénie*, 1 br. in-8°, 50 p. Paris, 1900; *Comment on se défend de la folie*, 1 broch. in-8°, 70 p. Paris, 1901.

leur carrière et consacrent de longues heures, soit à l'étude, soit à l'exercice de leur profession.

« Or, j'ai eu l'occasion, grâce à l'intervention d'un ancien et très distingué collègue, M. le Dr Lelion, qui s'est très opportunément occupé de cette question, d'avoir sous les yeux un appareil très simple, dont l'application m'a paru si utile que je crois devoir le présenter ici, et en recommander vivement l'emploi.

« C'est à un violoniste de profession, aussi distingué que modeste, M. Altermann, qu'est dû ce petit appareil ingénieux.

« Il consiste, comme on le voit, en un *demi-cercle* qui embrasse la partie inférieure du bras, un peu au-dessus du coude, et qui, d'autre part, est fixé à une *ceinture* par une tige susceptible de s'allonger suivant la longueur du bras lui-même.

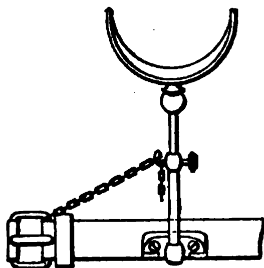


« *L'appui-bras*, comme l'indique son dispositif, sert, en effet, de point d'appui au bras, prévient la fatigue musculaire, empêche l'élévation de l'épaule, enfin donne au bras, dès le début, la position classique qu'il doit avoir pour tirer de l'instrument tout le parti qu'on est en droit d'obtenir.

« On peut constater l'action de redressement immédiat et de ses conséquences sur l'attitude, à la fois artistique et de contention préventive, en comparant les deux photographies instantanées que je mets sous vos yeux, et dont l'une représente le petit violoniste en position visiblement défectueuse de tenue du violon sans *l'appui-bras*; et la seconde le montre en tenue redressée et parfaite, grâce à l'application de l'appareil.

« Il n'est pas hors de propos d'ajouter, pour justifier l'inter-

vention vraiment utilitaire de ce petit appareil, qu'elle a reçu l'approbation de maîtres violonistes tels que MM. LEFORT, BERTHELIER, professeurs au Conservatoire, et de MM. WITHE, le vir-



tuose bien connu, et SÉCHIARI, le premier violon des concerts Lamoureux, auxquels il appartient, d'ailleurs, d'en régler l'emploi, à la suite de l'indication et des conseils compétents des médecins. »

Nous aurions cru être incomplet en ne donnant pas l'extrait qui précède, sans nous préoccuper si l'inventeur, que nous ne connaissons absolument pas, entend ou non tirer profit de son invention ; nous pouvons d'ailleurs nous retrancher derrière l'autorité et l'honorabilité de l'éminent physiologiste qui la préconise. Qu'il soit frappé, comme nous, de l'importance organique que présentent les positions scolaires de l'enfant et de l'adolescent ; qu'il les veuille rendre le moins défectueux possible, par des tables ou des appareils de contention déterminés, rien de plus juste ; et il serait à désirer, pour l'amélioration intellectuelle et morale des enfants, que des transformations dans ce domaine soient réalisées, remplaçant les stériles discussions trop nombreuses de l'heure présente !

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Variole des nouveau-nés (1). — M. ROGER a eu l'occasion d'observer, dans son service, onze femmes enceintes, atteintes de variole, qui ont accouché à terme ou près du terme. Les enfants, au premier abord, paraissaient absolument normaux. Mais, en prenant leur température, on constatait qu'ils étaient tous hypothermiques. Le thermomètre, introduit dans le rectum, ne montait jamais à 37°. Le plus souvent il restait au-dessous de 36°. Dans quelques cas il tombait rapidement à 31, 30 et même 28°.

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 29 mars.

Trois enfants ont succombé aussi quatre, six et onze jours après leur naissance, n'ayant pour tout symptôme que de l'hypothermie et de l'ictère. Un autre présenta, en plus, la veille de sa mort, une éruption scarlatiniforme. Enfin, dans les sept autres cas, l'évolution a été plus complète ; elle a abouti au développement d'une éruption variolique. Celle-ci est précédée généralement d'une élévation de la température qui atteint ou dépasse le chiffre normal. On constate, le lendemain, quatre ou cinq papules qui se remplissent d'une petite quantité de liquide louche et se dessèchent rapidement. L'enfant succombe deux ou trois jours plus tard avec des températures fort basses ; dans un cas, le thermomètre tomba, deux heures avant la mort, à 27°.

Cependant l'évolution des éléments éruptifs peut se faire comme chez l'adulte. Deux fois les papules subirent une véritable transformation purulente.

Malgré sa gravité, la maladie n'est pas forcément mortelle. Un enfant a guéri après avoir eu, à un moment, une température centrale de 33°.

En résumé, la variole des nouveau-nés diffère totalement de la variole des adultes. Elle s'annonce par une hypothermie, généralement énorme. Puis l'ictère apparaît. Alors deux évolutions sont possibles : ou bien l'enfant s'affaiblit et meurt en hypothermie sans présenter d'autres symptômes, ou bien une éruption apparait, coïncidant le plus souvent avec une élévation de température, et caractérisée par des papules peu nombreuses qui ne tardent pas à se flétrir et à se couvrir de croûtes.

Cette évolution si spéciale est tout à fait comparable à celle qu'on observe chez quelques animaux. M. Roger a montré, avec M. Weil, que les lapins inoculés avec du pus variolique succombaient presque tous. Généralement ils n'ont pas d'éruption, ou bien ils présentent, comme les nouveau-nés, des papules peu nombreuses qui se dessèchent sans se remplir de pus, puis ils maigrissent et meurent en hypothermie.

L'analogie qui existe entre la variole des nouveau-nés et la variole du lapin tient, en partie, à ce que, dans les deux cas, l'inoculation est massive. On injecte aux animaux des doses considérables de pus. Or, chez le fœtus, les microbes pénètrent en grand nombre. M. Roger a eu l'occasion d'étudier, avec M. Weil, l'eau de l'amnios de deux femmes enceintes atteintes de variole confluente ; le liquide renfermait une quantité prodigieuse des corpuscules qu'ils considèrent comme les agents de la maladie. Ce résultat démontre en même temps que les éléments, par eux décrits, ne sont pas de simples débris nucléaires provenant des leucocytes, car ces cellules faisaient presque complètement défaut dans ces deux cas.

Sans vouloir insister sur les considérations théoriques auxquelles se prête l'étude de la variole des nouveau-nés, M. Roger

croit que la connaissance de son évolution si spéciale présente un certain intérêt pratique ; les caractères de la courbe thermique et de l'éruption lui donnent une physionomie particulière et lui assurent une place à part dans les formes cliniques de cette infection.

Cécité hystérique. — MM. CRUCHET et AUBARET ont présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (1) une fillette de douze ans et demi atteinte d'hémianesthésie et d'hémiparésie gauche qui, en mai 1900, cinq jours après l'apparition de ses premières règles, tomba subitement aveugle. Cette cécité s'accompagna de phénomènes cérébraux qui purent faire croire tout d'abord à une méningite, mais qui disparurent rapidement. Dès le cinquième jour, la malade recouvre brusquement la vue et perçoit un objet rouge. Quinze jours plus tard, deuxième crise de cécité, sans troubles cérébraux, qui disparaît encore quatre jours après. L'examen des yeux, pratiqué le lendemain du jour où la malade a recouvré la vue, ne révèle rien de particulier, sauf cependant une diminution de l'acuité visuelle. Quelque temps après, nouvelle crise. A l'examen pratiqué à ce moment on voit que les pupilles réagissent très bien à la lumière ;il n'existe aucune lésion du fond de l'œil. Depuis cette époque, il y a eu six nouvelles crises. Des examens nouveaux ont confirmé les faits anciens et révélé un certain nombre de faits nouveaux, entre autres des alternatives de micropsie et de macropsie du côté gauche, une altération de la vision des couleurs et l'absence de la vision binoculaire.

Tous ces phénomènes sont dus vraisemblablement à une hypoesthésie rétinienne.

Syphilis acquise chez un petit garçon (2). — M. MAILLARD a vu un jeune garçon de treize ans devenu syphilitique à la suite de son premier coït. Le chancre apparaît vingt jours après, sur le limbe préputial. Deux mois après, roséole au niveau du cou et du tronc ; plaques muqueuses nombreuses sur toute la muqueuse buccale, la langue et les amygdales.

L'examen actuel montre que le chancre a disparu, laissant une légère induration préputiale. La roséole et les plaques muqueuses persistent. Mais ce qui frappe particulièrement, c'est la présence d'une adénopathie généralisée. Tous les groupes ganglionnaires sont pris. Les ganglions inguinaux, axillaires, mammaires, cervicaux, maxillaires, géniens, occipitaux, épitrochléens sont facilement perceptibles, et beaucoup font une saillie apparente sous la peau.

(1) Séance du 22 mars 1901.
(2) Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, séance du 18 mars 1901.

MÉLANGES SCIENTIFIQUES

Moyen simple de déceler la bile dans l'urine. — M. Cluzet. — On sait que la bile communique à l'urine qui en contient une diminution de tension superficielle qui se traduit par une moins grande puissance d'ascension dans un tube capillaire, et par une moins grande adhérence aux parois du canal d'un compte-gouttes. On peut utiliser ce procédé pour déceler, avec un simple compte-gouttes, la présence de bile dans l'urine. Le compte-gouttes ordinaire donne vingt gouttes d'eau au centimètre cube et 20 à 25 gouttes d'urine. L'urine additionnée de 1 pour 1000 de bile donne 25 gouttes, de 2 pour 1000, 27 gouttes, de 5 pour 1000, 29 gouttes, de 10 pour 1000, 30 gouttes. Lorsqu'une urine donne 30 gouttes, on peut affirmer qu'elle contient de la bile. La sensibilité de ce procédé dépasse celle des procédés chimiques. Ceux-ci ne décèlent la bile que dans les urines qui en contiennent plus de 10 pour 1000.

Sur la rétention des chlorures dans les urines au cours de certains états morbides. — MM. Achard et Lœper. — On sait que l'élimination des chlorures par les urines est peu considérable au cours de la plupart des maladies infectieuses : pneumonie, rhumatisme aigu, fièvre typhoïde ; il en est de même chez les cardiaques asystoliques. Si l'on donne à ces malades 10 gr. de chlorure de sodium, on n'en retrouve dans les urines que 1 à 2 gr. Le chiffre ne dépasse jamais 3 gr., alors qu'à l'état normal il atteint les trois quarts de la quantité absorbée.

La rétention ne se fait que passagèrement dans le sang. Il semble que les chlorures sont retenus par les tissus, car le dosage des liquides d'œdème, sérosité ascitique ou pleurale, le dosage des tissus eux-mêmes, cerveau, muscles, chez des malades ayant présenté de la rétention, indique un taux de chlorure de sodium plus élevé que chez les individus témoins.

Cette rétention par les tissus s'étend à l'urée, au bleu de méthylène, dont l'élimination est diminuée au cours de ces différentes maladies, et se fait en quelque sorte massivement à la défervescence.

Il est intéressant d'opposer cette rétention des chlorures, dont le rôle dans l'économie est purement mécanique, à l'insuffisance des mêmes tissus pour garder le glycose, aliment nutritif de premier ordre.

Sur la culture et l'innoculation du bacille fusiforme. — M H. Vincent. — L'affection que j'ai décrite sous le nom d'angine à bacilles fusiformes est assez commune. Elle est sous la dépen dance d'un bacille spécial, légèrement renflé dans son centre, aminci à ses deux extrémités, et ne prenant pas le Gram. Ce bacille est seul dans la forme diphtéroïde pure de l'angine, qui

est la plus rare ; il est, au contraire, associé à un fin spirille dans la forme ulcéro-membraneuse, qui est la plus habituelle.

La culture du bacille fusiforme à l'état pur n'a pas été, jusqu'ici, réalisée. Mais si on ensemence une parcelle de l'exsudat amygdalien dans du bouillon peptonisé, on obtient une culture impure dans laquelle le bacille s'est un peu multiplié. Il se développe en filaments allongés et immobiles dans le bouillon Martin. Les milieux de culture les plus favorables sont les milieux organiques liquides (sérum sanguin, liquide céphalo-rachidien additionné de sang, liquide pleurétique, etc.), surtout si ces milieux viennent de l'homme. Dans le liquide d'une hydarthrose rhumatismale ancienne, j'ai obtenu une culture particulièrement abondante du bacille sous sa forme caractéristique. Ces cultures dégagent une odeur fétide, semblable à celle du pharynx des malades atteints d'angine ulcéro-membraneuse. Les bacilles ont toujours été trouvés immobiles. Ils sont tués à 60° au bout de quelques minutes.

L'inoculation de ces cultures sous la peau ou dans les muscles de l'animal donne lieu à des abcès, des trajets fistuleux, des foyers de nécrose ulcéreuse où l'on retrouve, au milieu de nombreuses bactéries étrangères, le bacille fusiforme parfois très abondant. La contusion préalable des tissus, l'injection d'acide lactique au cinquième, etc., favorisent la production de ces lésions et la multiplication du bacille pathogène.

Sur la non-perméabilité des méninges à l'iodure de potassium dans la méningite à méningocoques de Weichselbaum (1). — M. Griffon. — On sait, depuis les recherches de MM. Widal, Sicard et Monod, qu'au cours de la méningite tuberculeuse les méninges perdent leur propriété de s'opposer normalement au passage, dans le liquide céphalo-rachidien, de l'iodure de potassium introduit dans l'économie, et qu'il est, dès lors, facile de déceler la présnece de ce sel dans le liquide fourni par la ponction lombaire.

Nous avons pu, dans deux cas, réaliser la confirmation de ce fait qui paraît être la règle en matière de méningite tuberculeuse.

Il ne semble pas devoir en être de même dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques de Weichselbaum. Dans deux cas de cet ordre, que nous avons pu étudier à ce point de vue, dans le service de M. Dieulafoy, la recherche du passage de l'iodure de potassium dans le liquide céphalo-rachidien nous a donné, dans les deux cas, des résultats négatifs. Si ces premières observations viennent à être confirmées, l'imperméabilité des méninges à l'iodure dans la méningite pourra constituer un élément séméiologique à ajouter aux autres notions cytologiques et bactériologiques qui nous permettent aujourd'hui de faire, au lit du malade, le diagnostic de la nature tuberculeuse ou méningococcique des méningites.

(1) Société de biologie, séance du 23 mars.

Des infections ombilicales chez le nouveau-né (1). — M. PORAK. — La cause de la mort du nouveau-né est souvent difficile à trouver : pour les prématurés, on peut invoquer d'une façon générale l'insuffisance des organes ; mais, pour les enfants nés à terme, il est plus logique d'invoquer les infections, dont malheureusement la porte d'entrée n'est pas facile à mettre en évidence.

Quand on incrimine la porte d'entrée ombilicale, la filiation des troubles est souvent plus facile à suivre que pour toute autre porte d'entrée.

L'auteur rapporte diverses observations dans lesquelles la plaie ombilicale n'a présenté que des signes extérieurs très légers d'infection, et cependant dont les autopsies avec examens bactériologiques ont permis d'attribuer la mort à une infection hépatique, péritonéale, pulmonaire, ou même généralisée, à point de départ ombilical.

Comment peut-on démontrer cette origine ombilicale? Par l'existence d'une péritonite, de lésions plus marquées du côté de la veine ombilicale, de lésions hépatiques, et enfin par la présence dans le foie de bacilles identiques à ceux que l'on trouve dans la veine ombilicale et le poumon.

On peut admettre que la lésion hépatique n'est pas d'origine intestinale quand elle survient dès les premiers jours après la naissance, et c'est ce qui a permis à M. PORAK d'attribuer un cas d'ictère bronzé qu'il a observé, à l'infection ombilicale, bien que les ensemencements de la veine ombilicale et du liquide huileux du péritoine n'aient donné lieu qu'à des cultures de bactérium coli ; le cordon avait été fétide pendant la vie.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Eczéma chronique chez les petits enfants. — NEUBERGER. — A deux ans et au-dessus, la solution :

R. Liqueur de Fowler. . . . . } ãã
Eau distillée . . . . }

Une à sept gouttes dans du lait, immédiatement après le repas de midi.

On donne une goutte pendant huit à quinze jours, puis on augmente d'une goutte chaque semaine jusqu'à la dose maxima de six ou sept gouttes. La guérison une fois obtenue, on cesse la médication en diminuant progressivement le nombre des gouttes.

Chez les nourrissons et au-dessous de deux ans, employer la formule :

R. Liqueur de Fowler.	1 gr. 50 cent.
Eau distillée	3 gr. 50 cent.

et de la même façon que ci-dessus, sans dépasser cinq gouttes.

(1) Société obstétricale de France (9e session, tenue à Paris les 11, 12 et 13 avril 1901).

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

LES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE DANS LES ÉCOLES DE LAUSANNE

Par les Dr COMBE,

Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine, médecin des écoles de la ville de Lausanne;

Dr SCHOLDER et **Dr WEITH**

Médecin de l'institut Zander de Lausanne.

LES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Il n'y a peut-être pas de maladies dont on s'inquiète moins que d'une déviation de la colonne vertébrale. Cela est si vrai que le langage ordinaire lui-même reflète cette nonchalance et cette insouciance surprenantes. Ne donne-t-on pas aux formes avancées de ces malformations corporelles des noms aussi vagues et aussi peu nets que possible? L'enfant, dit-on, « se tient mal », il a une épaule qui avance, un côté plus haut que l'autre, il est mal planté, mal bâti, il est déformé, etc... Expressions qui doivent toutes correspondre au terme médical de « déviations de la colonne vertébrale », dont les scolioses forment la plus grande partie.

Cependant les déviations vertébrales ne sont pas rares, car elles se montrent surtout chez les peuples civilisés et paraissent augmenter en fréquence et en gravité à mesure que grandit le degré d'instruction et de civilisation.

La plupart des statistiques démontrent, en effet, que les pays dans lesquels l'instruction obligatoire est introduite sont aussi ceux qui ont le plus grand nombre d'enfants déviés, alors que les nations non civilisées ne montrent que très exceptionnellement des scolioses.

Et pourtant cette affection est d'une importance considérable pour l'avenir de l'enfant, car il n'est certes pas indifférent qu'un corps en croissance présente une déviation vertébrale, celle-ci ne pouvant que progresser, une fois qu'elle a commencé.

L'ignorance de ce fait est certainement la cause principale qui fait que les parents s'inquiètent si peu de savoir si leur enfant est dévié ou non. Une seconde cause est que la déviation n'est pas visible extérieurement et qu'elle doit être recherchée au moins dans ses débuts.

Une troisième cause, enfin, de cet état de choses, est que le scoliotique lui-même ne se plaint pas de son mal à ses parents. En effet, l'enfant ne peut pas voir sa déviation, et il est rare qu'il en souffre. Les symptômes objectifs causés par les déviations, tels que les troubles circulatoires, respiratoires, digestifs, ou les névralgies, ne se montrent que dans les cas graves ou très avancés.

Tout concourt donc à laisser les parents dans l'ignorance d'un mal qui devrait être traité dès ses débuts. Le plus souvent, c'est la tailleuse qui s'inquiète la première : elle a coupé un vêtement symétrique, qui ne va pas ; il faut qu'il y ait une irrégularité dans le dos de l'enfant. On cherche, et cette irrégularité est une déviation vertébrale, mais déjà très accentuée, puisqu'elle est visible extérieurement.

La déviation vertébrale est donc une affection qui veut être recherchée et qu'il est inexcusable de ne pas avoir reconnue. Mais ce qui est inexcusable de la part des parents, c'est que même reconnue, bien peu s'en inquiètent et que, de tous côtés, on entend assurer que les scolioses se corrigent toutes seules et qu'il ne vaut pas la peine de s'en occuper.

On voit même, chose plus étrange et plus grave encore, on voit des médecins, insouciants ou ignorants, se servir des mêmes mots de consolation, parler de guérisons spontanées des scolioses, sans en avoir jamais vu une seule. C'est à eux que Lorenz de Vienne adressait ces paroles : « Il serait vraiment bien à désirer que la notion de l'importance extrême du traitement rapide de la scoliose au début soit mieux connue des médecins. On verrait moins souvent des mères aller de leur propre chef chez le bandagiste chercher un corset ou un soutien sous lequel, quand ce n'est pas à cause duquel, la déviation de leur enfant augmente, lentement, progressivement et sûrement. »

Espérons que le cri d'alarme poussé, ces dernières années, par quelques chirurgiens, sera entendu ; espérons que les statistiques, toujours plus nombreuses, faites dans les écoles et démontrant l'augmentation croissante des scolioses ouvriront les yeux aux autorités scolaires. Espérons surtout que le malheureux optimisme avec lequel beaucoup de médecins et tous les parents ont l'habitude de regarder les scolioses au début fera place à la notion bien nette de leur importance et de leur gravité. Si l'enquête que nous avons faite dans une école de Lausanne pouvait contribuer à cet heureux résultat, son but serait pleinement atteint.

BUT ET MÉTHODE DE L'ENQUÊTE.

Depuis dix ans que nous avons l'honneur de diriger le service médical des écoles de Lausanne, nous nous sommes toujours efforcé de n'être pas seulement un médecin inspecteur des bâtiments, du mobilier et du matériel scolaire, comme le demande notre programme, mais bien d'être avant tout un véritable médecin scolaire. Nous avons toujours cherché à prévenir la propagation des épidémies parmi les écoliers, et surtout à empêcher que l'école elle-même ne cause des maladies. Pour arriver à ce but et afin de rechercher la véritable cause des maladies dites scolaires, nous avons fait, presque chaque année, des enquêtes dans nos écoles : sur la myopie avec le Dr Eperon, sur la surdité avec le Dr Secretan, sur les vices de prononciation, sur l'anémie, la carie dentaire, la nervosité, sur la croissance en taille et en poids, sur la force musculaire des élèves, enfin sur leurs infirmités. Chaque fois que ces enquêtes ont démontré des anomalies, chaque fois qu'elles ont prouvé que l'école était en cause, des améliorations plus ou moins considérables les ont suivies.

L'orientation de certaines classes a été modifiée, l'éclairage amélioré, le mobilier a été adapté à la taille des élèves, des lunettes ont été fournies aux myopes, des bandages herniaires à ceux qui en avaient besoin, un cours a été donné aux bègues, etc.

Pour terminer nos enquêtes, il n'en restait plus qu'une, la plus longue et la plus pénible, mais aussi la plus importante et la plus indispensable, celle sur les déviations de la colonne vertébrale. C'est, en effet, l'enquête de toutes la plus indispensable, car un myope s'aperçoit de la diminution de sa vue, un sourd se rend compte qu'il entend moins bien, les parents voient leur enfant devenir anémique. Il n'en est pas de même pour les déviations vertébrales. Ce n'est que lorsque la déviation est énorme qu'elle devient visible, ce n'est que lorsqu'il est trop tard pour la redresser avec de simples moyens médicaux que les parents s'en aperçoivent. Il est donc nécessaire que les enfants de nos écoles, qui ne peuvent pas consulter un médecin facilement, aient l'occasion d'être rendus attentifs aux dangers qu'ils courent en négligeant de se soigner dès le début.

C'est l'enquête la plus importante, car s'il est fâcheux d'être myope ou d'être dur d'oreille, cela ne diminue qu'en partie la force vitale; une déviation avancée de la colonne vertébrale diminue par contre la force de résistance, elle produit des déformations de la poitrine nuisibles aux organes respiratoires et au cœur, elle peut causer des rétrécissements du bassin, ce qui peut avoir plus tard de graves conséquences pour les jeunes filles.

Deux de nos confrères, les Drs Scholder et Weith, ont bien voulu nous prêter leur précieux concours pour cette grosse entreprise et lorsque, très peu de temps après, nous avons été obligé de

l'interrompre, absorbé par d'autres devoirs, ces messieurs ont continué seuls l'examen de plus de 2500 enfants, ce qui leur a coûté près de deux ans de travail. C'est donc à eux que revient tout le mérite de cette enquête qui est la plus considérable de toutes celles qui ont été faites dans les écoles.

Voici les appareils qui ont été employés et la méthode qui a été suivie :

1° *Appareils.* — Notre outillage devait se composer d'instruments aussi exacts que possible, tout en étant facilement transportables d'un bâtiment d'école à l'autre.

2° *Toise.* — Pour mesurer la hauteur de l'élève dans les positions debout et assis, ainsi que la hauteur de la septième vertèbre cervicale, et des épines iliaques antérieures et supérieures, nous avons employé un appareil semblable à la toise militaire, avec cette différence que la glissoire portait à son extrémité une prolongation métallique pouvant être à volonté projetée en avant. Il nous était possible de mesurer ainsi la hauteur des épines iliaques sans obliger les enfants à se dévêtir complètement.

Le deuxième appareil employé pour mesurer les différences de hauteur des épines iliaques était le ***compas à niveau*** de Schultess. Il ressemble à un compas obstétrical de Baudelocque, auquel on a ajouté une aiguille se maintenant toujours perpendiculaire grâce à un contrepoids et indiquant sur une échelle graduée le degré d'inclinaison de l'appareil, une fois qu'il est placé sur les crêtes iliaques.

3° Pour estimer le degré de torsion de la colonne vertébrale, nous avons employé le ***nivellir trapez*** de Shchultess, que nous appellerons plus simplement : le torsiomètre. Il s'utilise de la manière suivante : on fait faire à l'enfant une forte flexion du torse en avant, genoux tendus, puis on place sur son dos l'appareil de façon que ses deux soutiens reposent également sur les deux muscles paravertébraux ; une aiguille mobile comme celle du compas indique sur une échelle graduée le degré de torsion.

4° Pour apprécier le degré de courbure, soit latérale, soit antéro-postérieure, nous avons eu recours à l'appareil de Bealy-Kirchhofer. Il consiste en un ruban divisé en centimètres et suspendu à un collier que l'on fixe autour du cou. Son zéro correspond à la septième vertèbre cervicale. Un poids pouvant glisser le long du ruban et s'arrêter à volonté lui donne la tension voulue. Une fois adapté, il est facile de constater d'un coup d'œil de quel côté la scoliose se trouve et à combien de centimètres elle a son maximum. Quant à son degré d'accentuation, il est mesuré au moyen d'une règle graduée en millimètres, que l'on place horizontalement à la hauteur du maximum de déviation.

Le même appareil nous a servi à mesurer la hauteur des épines et des angles des omoplates à partir de la septième cervicale.

Pour mesurer la cyphose, nous n'avions qu'à glisser sous le

ruban du même appareil une petite lame de métal recourbée en équerre, afin de l'éloigner du corps ; une fois l'éloignement suffisant pour que le ruban soit tangent au maximum de la cyphose, nous n'avions plus qu'à lire la distance de la septième vertébrale à la lame de métal, pour obtenir le degré de la cyphose. Pour mesurer les lordoses, on se sert du même appareil. Le ruban est soulevé avec la petite équerre métallique, jusqu'à ce qu'il soit tangent au sacrum. La distance du ruban au plus grand enfoncement du rachis nous donne la mesure de la lordose.

Pour pouvoir contrôler et conserver nos mensurations, nous avions en outre de petits graphiques obtenus par un tampon en caoutchouc. Sur ce graphique, simple échelle graduée de dix en dix centimètres, on dessinait les déviations.

Nous avons en outre examiné les pieds plats. Notre outillage pour cela a été le suivant :

a) Une planche recouverte d'un drap noir ;

b) Une planche saupoudrée de craie.

L'enfant frottait ses pieds nus sur la craie, puis sautait à pieds joints sur la planche noire. Nous obtenions ainsi une empreinte exacte de la plante des pieds.

Pour apprécier le degré d'aplatissement, nous avons suivi les indications de Volkmann, mais nous nous sommes bornés aux quatre degrés suivants : normal, léger, moyen et fort.

Au début nous nous étions contentés de faire simplement poser le pied sur la planche noire ; mais très rapidement nous nous sommes aperçu que l'empreinte était trop peu nette : c'est pourquoi nous avons fait faire le saut à pieds joints.

Méthode. — Pour inscrire d'une façon uniforme, pratique, et simple à la fois, les résultats de nos examens, nous avions fait imprimer des tableaux schématiques portant les rubriques qui nous paraissaient les plus importantes à connaître.

Chaque maître ou maîtresse de classe inscrivait d'avance sur ces tableaux les noms, âge, nationalité et domicile de ses élèves, et nous les apportait en amenant les enfants.

Les écoliers arrivaient par 10 à la fois. Ils se déshabillaient derrière le paravent, les garçons entièrement, sauf le pantalon ; les filles conservaient les bas, les jupes et un petit mantelet ouvert derrière.

Il nous faut mentionner que la commission des écoles avertissait chaque classe un jour à l'avance, de sorte que les écoliers avaient le temps de prendre un bain de propreté. Du reste, notre examen était absolument facultatif quoique recommandé. Les enfants qui voulaient s'y soustraire n'avaient qu'à nous présenter un billet de leurs parents pour être renvoyés immédiatement. Très peu, proportionnellement, l'ont fait. Pour commencer, l'enfant était examiné au point de vue de la musculature, de l'anémie, du goitre et autres anomalies possibles, comme thorax asymé-

trique, ou sternum en carène, boiterie, coxalgie, cicatrices, etc., etc...

Ensuite venait l'examen des pieds plats.

Pour les cas très marqués, nous avons fait des empreintes d'après VOLKMANN sur papier fumé.

Après cela, nous passions à l'examen du dos : l'enfant était en pleine lumière, les jambes tendues, les talons joints. Nous avons mis la plus grande importance à ce que la position ne fût nullement forcée, mais que l'enfant eût une pose naturelle. Ce n'était que lorsque les angles des omoplates étaient éloignés au maximum et la musculature dorsale complètement détendue que l'on marquait sur la peau au crayon dermo-graphique chaque processus épineux de la proéminente au sacrum. Ensuite on dessinait les crêtes et les angles scapulaires, puis les épines iliaques antéro-supérieures.

L'enfant passait alors sous la toise et sa hauteur était mesurée debout et assis, ainsi que la hauteur des épines iliaques de chaque côté.

Ensuite seulement, on passait à l'examen de la colonne vertébrale avec l'appareil de BEALE-KIRCHHOGER, puis à la mensuration des hauteurs des omoplates, épines et angles.

Chaque fois qu'une déviation était constatée, elle faisait l'objet d'un examen consciencieux des deux médecins. Nous croyons de cette façon avoir vu et examiné tout ce qui peut être examiné en ces matières. Notre travail a été fait de la manière la plus exacte possible. Cependant, avec un nombre d'élèves aussi grand, il est possible qu'une erreur de lecture ou de chiffre se soit glissée par-ci par-là.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SCOLAIRE

Nous examinerons :

I. — Les courbures physiologiques de la colonne vertébrale.

II. — Les courbures pathologiques antéro-postérieuses ou incurvations.

III. — Les courbures pathologiques latérales ou déviations.

I. — Courbures physiologiques du rachis.

La colonne vertébrale est comparable à une tige articulée et élastique dont tous les articles ou éléments nommés vertèbres sont liés ensemble par des ligaments solides et séparés par des disques élastiques.

Cette colonne n'ayant aucun poids à supporter chez le nouveau-né toujours étendu sur le dos est absolument horizontale ; mais dès que le bébé commence à s'asseoir, la tête et les bras pressent sur elle, et les viscères. Il l'attirent en avant, si bien qu'il en résulte une cyphose dorsale considérable, que les muscles du dos trop faibles ne parviennent pas à redresser et que seuls les ligaments élastiques postérieurs réussissent à contrebalancer en quelque mesure. C'est ainsi que se forme la première courbure.

Peu à peu l'enfant, cherchant à diriger son regard en avant, renverse la tête en arrière par la contraction des muscles de la nuque. Il en résulte une lordose cervicale. Ainsi, la cyphose primitive se trouve transformée en une courbure physiologique combinée d'une lordose cervicale et d'une cyphose dorsale.

Lorsqu'enfin l'enfant se met debout, il est obligé, pour que le centre de gravité de son corps se trouve placé au-dessus de sa base de sustentation, de renverser la colonne lombaire en arrière, d'où résulte la troisième courbure physiologique : une lordose lombaire.

La colonne vertébrale chez l'enfant debout présente donc, comme HORNER et H.-V. MEYER l'ont décrit les premiers, une triple courbure physiologique composée d'une lordose cervicale, d'une cyphose dorsale et d'une lordose lombaire, qui ne disparaissent que dans la position horizontale. Peu à peu cependant les os, les ligaments et les muscles de la colonne vertébrale s'adaptent à ces trois courbures et après quelques années (7 ans) ces courbures ne se corrigent plus chaque nuit par la position horizontale dans le lit, elles deviennent définitives.

Pour peu que nous examinions cependant un grand nombre d'enfants arrivés à l'âge scolaire, nous constaterons bientôt que les courbures de la colonne vertébrale ne correspondent pas toujours au type que nous venons de décrire ; nous sommes donc obligés de distinguer chez l'enfant une position normale et une position anormale physiologique.

I. *Position normale.* — Dans la *station debout*, l'axe du corps partant du vertex coupe l'oreille derrière l'angle maxillaire, traverse le corps dans l'axe bicotyloïdien, passe en arrière de la rotule et en avant du tibia, pour tomber sur l'articulation de Chopart. (Fig. n° I.) Cette position est de beaucoup la plus fréquente, puisque nous la constatons chez 82. 5 0/0 de nos élèves.

Dans cette position, les muscles sont presque au repos, car les trois courbes physiologiques de la colonne vertébrale dont nous avons parlé se compensent d'une manière absolue.

Il n'en est plus de même dans la *position dite militaire*, où la colonne vertébrale est redressée par la contraction des muscles du dos. Le centre de gravité est alors déplacé en arrière, ce qui n'est possible que grâce à une concavité lombaire considérable et une légère inclinaison du corps en avant.

II. *Position anormale.* — Ces positions normales peuvent être modifiées sans être pour cela vraiment pathologiques, et nous nous trouvons en présence de la position anormale appelée *dos plat.*

Dos plat (fig. n° II). Dans la station debout, la colonne vertébrale a conservé pour ainsi dire son type infantile. Le bassin est droit, le dos, plat comme une planche avec une cyphose dorsale supérieure presque imperceptible, présente une lordose lombaire considérable remontée jusqu'à la huitième ou la dixième vertèbre dorsale.

Cette lordose lombaire remontée est caractéristique pour le dos plat. Les omoplates sont proéminentes et pendantes, comme

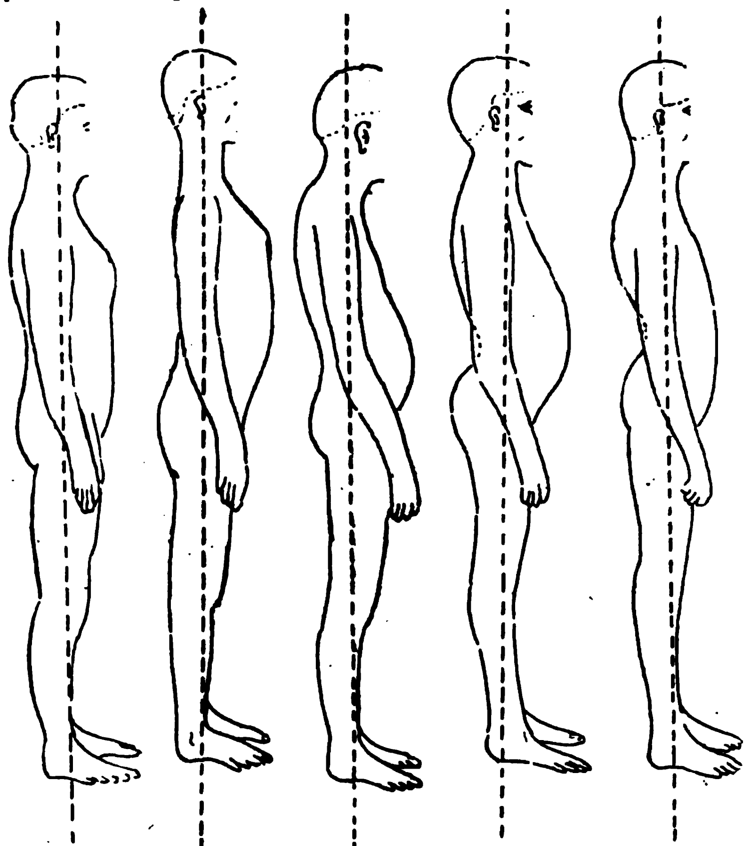


Fig. I. Fig. II. Fig. III. Fig. VII. Fig. VIII.

détachées du tronc, le ventre fortement rentré, le thorax bombé en avant. Cette déformation est due, disent les auteurs et spécialement Hoffa, à une prédisposition héréditaire, mais surtout au fait que l'enfant, le plus souvent rachitique, a été assis trop tôt, alors que les membres n'avaient pas la force nécessaire pour contrebalancer le poids des viscères.

Le dos plat est-il de nature scolaire?

La fatigue considérable produite par la station assise prolongée, telle qu'elle s'observe dans nos écoles, est-elle suffisante pour causer cette déformation?

C'est ce que nous voulons examiner à l'aide de notre enquête. Nous rechercherons en même temps si le rachitisme peut être regardé comme une cause prédisposante de cette affection, et si le dos plat prédispose aux scolioses, comme l'affirment la plupart des auteurs, Hoffa en particulier.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LES DOS PLATS.

Nombre. — Sur 2314 enfants nous trouvons 407 dos plats, soit 17.5 0/0.

Sexe. — Sur 1290 filles nous observons 268 dos plats, soit 20.7 0/0.

Sur 1024 garçons 139 dos plats, soit 13.57 0,0.

Habitation : — *En ville* on constate 17.5 0/0 dos plats.
Campagne 38.9 0/0

AGES.	GARÇONS.	FILLES.
8 ans.	Sur 115 garç. 24 dos plats 20.8 %.	Sur 103 filles 17 dos plats 16 5 %.
9 —	143 — 20 — 13.9 %.	114 — 17 — 14 9.
10 —	234 — 43 — 18.3 %.	174 — 28 — 16.1.
11 —	219 — 48 — 21.9.	185 — 18 — 9.7.
12 —	221 — 45 — 20.3.	149 — 24 — 16.1.
13 —	163 — 45 — 27 6.	191 — 22 — 11.5.
14 —	195 — 43 — 22.	108 — 13 — 12.2.

Classes :

En VIIe Classe, sur	218 enfants	41 dos plats :	soit.	18.8 %.
VI.	— 257	— 37	— —	14.35 %.
V.	— 408	— 71	— —	17.4.
IV.	— 404	— 66	— —	16.35.
III.	— 370	— 69	— —	18.64.
II.	— 354	— 67	— —	18.9.
I.	— 303	— 66	— —	18.48.

Bâtiments scolaires :

Saint-Roch, sur	468 élèves	82 dos plats :	soit	17.52 %.
Villamont	— 734	— 41	— —	10.89.
Beaulieu	— 701	— 199	— —	28.39.
Ouchy	— 411	— 46	— —	11.19.

II. — *Dos plats et rachitisme.*

Sur 402 dos plats nous trouvons : 47 rachitiques, 355 non-rachitiques.

De nos dos plats : 11.7 0/0 sont rachitiques, 88.3 0/0 sont non-rachitiques.

III. — *Dos plats et scolioses.*

De nos 402 dos plats nous en observons : 42 avec scoliose ; — 360 sans scoliose.

De nos dos plats : 10 4 0/0 sont scoliotiques ; — 89.6 0/0 sont non-scoliotiques.

CONCLUSIONS.

Le dos plat est une déformation qui n'est pas rare dans nos écoles, puisque 17 0/0 de nos élèves ont le dos plat. Cette affection ne présente, il est vrai, aucune gravité par elle-même, mais les enfants qui en sont atteints courent cependant un certain danger pendant leur vie scolaire, s'il est vrai, comme on le prétend, que le dos plat est une cause prédisposante importante de scoliose.

Notre enquête nous montre que le dos plat est plus fréquent chez les filles que chez les garçons, et qu'on en observe beaucoup plus à la campagne qu'à la ville.

Mais, chose importante à relever, elle nous montre aussi que le nombre des enfants atteints de cette affection ne présente aucune augmentation appréciable pendant la vie scolaire. Car le chiffre des dos plats ne subit aucune progression de classe en classe, contrairement à ce que nous avons toujours constaté et sans exception dans toutes les maladies scolaires, myopie par exemple. Enfin les conditions hygiéniques des bâtiments scolaires n'exercent aucune influence sur leur nombre.

Nous devons donc conclure de notre enquête que l'école n'est ni la cause directe ni la cause indirecte des dos plats, car on en trouve autant en VIIe cl. qu'en Ire. Cette affection se développe avant la vie scolaire.

Une seconde conclusion se dégage de notre examen : c'est que le rachitisme, qui est dans nos écoles une maladie beaucoup moins fréquente que le dos plat, puisque nous n'en comptons que 9.7 0/0, ne peut pas être la seule cause de cette déformation de la stature normale. Ce fait ressort clairement de nos tableaux, puisque 11 7 0/0 seulement de nos dos plats sont rachitiques et 88.3 0/0 ne le sont pas.

Cependant la coïncidence fréquente de ces deux affections chez le même individu nous oblige à reconnaître que le rachitisme est une cause prédisposante importante du dos plat.

La 3me conclusion, de beaucoup plus importante, nous amène à combattre l'opinion universellement accréditée de l'influence étiologique des dos plats sur la production des scolioses.

Car 10 4 0/0 seulement de nos dos plats sont scoliotiques, 89.6 0/0 ne le sont pas.

Il sera néanmoins toujours utile que le médecin scolaire surveille attentivement tous les enfants atteints de dos plat et cherche

à leur épargner, plus encore qu'aux autres élèves, toutes les causes de scoliose, car ils sont, nous le voyons, un peu plus que les autres, des candidats à cette affection.

II. — Courbures antéro-postérieures du rachis.

Ces courbures sont au nombre de trois :

La cyphose ou courbure à convexité postérieure.

La lordose ou courbure à convexité antérieure.

La cypholordose ou courbure combinée des deux.

I. *Dos rond* (fig. III. *La Cyphose*). — Le dos rond est caractérisé par une courbure postérieure générale considérable intéressant la région cervicale et dorsale. Les épaules tombent, les omoplates sont ailées, la poitrine est enfoncée, mais surtout le cou proémine en avant en entraînant la tête qui est penchée vers le sol, le bassin est presque horizontal. La lordose lombaire manque ou est remplacée par une lordose sacrée, les fesses sont aplaties, le ventre très proéminent. L'axe du corps passe derrière l'oreille et derrière l'axe bicotyloïdien ; par contre, il se trouve très en avant de la cyphose cervico-dorsale.

Examinons *les causes dites classiques de la cyphose.*

1° La cyphose peut être habituelle. Elle n'est pas toujours la conséquence d'une faiblesse musculaire ; les muscles sont au contraire souvent bien développés et susceptibles d'un effort considérable. Il s'agit, dans ces cas, d'une faiblesse de la volonté ou d'une faiblesse congénitale ou acquise de l'appareil névro-moteur ; l'enfant se laisse aller et ne se soutient que par ses ligaments.

2° La cyphose peut être acquise grâce à une position vicieuse de la tête, telle qu'elle est produite par la myopie, l'insuffisance de lumière, les caractères d'impression trop petits.

3° La cyphose est encore causée par la fatigue des muscles du dos due à la station assise trop prolongée.

Ceci nous amène tout naturellement à l'étude de la position assise que nous empruntons aux beaux travaux de Schulthess *Zeisschrift f. Schülgesundheitspfège*, 1896).

Lorsque l'enfant est assis, deux cas peuvent se présenter : il est assis en prenant garde à sa position ou en se laissant aller. Dans ces deux cas, ainsi que l'a prouvé Schulthess, la position du rachis est différente.

Assis droit (fig. IV). — Le bassin est presque vertical, très peu incliné en avant; la colonne vertébrale suivant le mouvement présente aussi une lordose, non plus lombaire, mais dorso-lombaire; elle est donc sensiblement plus élevée, et le dossier mobile Mauchain doit, chez ces enfants, être de beaucoup remonté. La cyphose légère dorsale et la lordose cervicale ne sont pas modifiées.

Assis négligemment (fig. V). — Le bassin est renversé en arrière,

et la colonne vertébrale, pour maintenir l'équilibre de la tête, est obligée de s'incurver considérablement. Il se produit donc une cyphose considérable qui occupe tout le rachis.

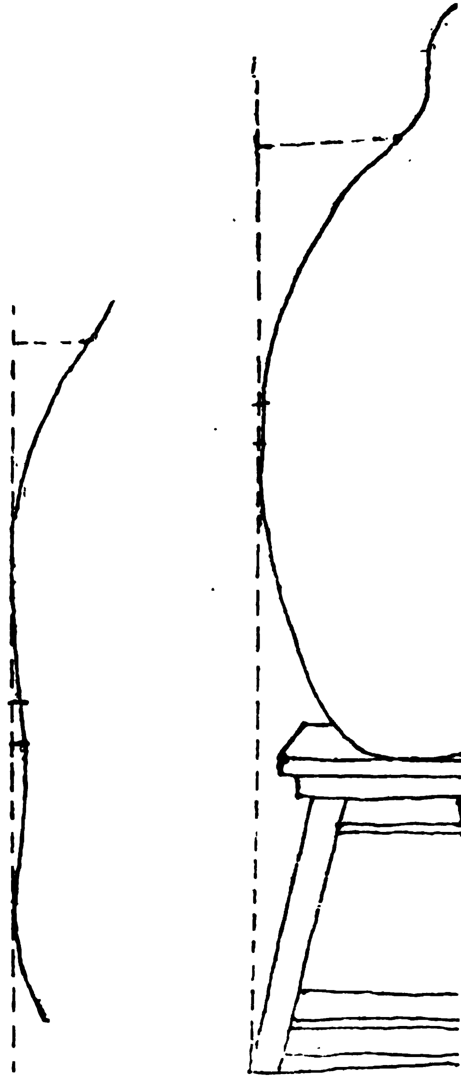


Fig. IV. (assis droit). Fig. V. (assis négligemment).

Or la position *assis droit* n'est prise par l'enfant que quand il se sent surveillé ; elle est fatigante, aussi très rapidement se transforme-t-elle en position négligée.

On peut donc dire que tout enfant assis présente une cyphose

générale considérable ; et pour peu que cette station assise se prolonge outre mesure, la courbure transitoire devient définitive, l'enfant a le dos rond.

4° La cyphose peut encore être produite par une atrophie des muscles du dos, comme cela se voit chez le vieillard et chez l'adulte, dans certaines professions qui nécessitent une position inclinée en avant : les débardeurs, commissionnaires, etc. ; et enfin par la paralysie complète de ces muscles ; mais dans ce cas le tronc est affaissé en avant, la tête tombant sur les genoux.

5° La cyphose enfin peut être due au rachitisme. « Elle n'est « jamais, assure PICHAUD (*Traité des maladies de l'enfance*. V, p. 689), « que l'expression d'un rachitisme précoce. » Cette vue de l'esprit, certainement très exagérée, n'est vraie que pour la première enfance.

La cyphose congénitale, très rare, est due au rachitisme congénital tel qu'il s'observe à la suite des troubles de nutrition graves subis par la mère pendant le cours de la grossesse.

La cyphose des premières années, elle aussi, est une manifestation certaine du rachitisme.

Il ne faut en effet pas confondre les cyphoses ordinaires avec la cyphose rachitique, si fréquente chez les petits enfants. Celle-ci présente une cyphose dorso-lombaire bien différente de la cyphose cervico-dorsale du dos rond ordinaire. Cette cyphose est la conséquence du peu de résistance des os et de la station assise trop prolongée, alors que la musculature du dos était trop faible pour soutenir le tronc. La cyphose rachitique est donc la persistance et l'exagération de la courbure normale, qui se produit toujours lorsque les enfants apprennent à s'asseoir.

Il sera donc intéressant de rechercher si à l'âge scolaire le rachitisme joue un rôle étiologique dans le développement de la cyphose, comme le prétend Pichaud.

La cyphose doit être soigneusement distinguée du mal de Pott cyphotique, qui lui aussi forme une bosse ; mais cette bosse, au lieu de présenter une courbure uniforme et indolore comme dans la cyphose, présente dans le mal de Pott des déviations angulaires accompagnées de douleurs spontanées et provoquées.

II. *La lordose* (fig. VII). — Le dos creux, la colonne lombaire est très ensellée, les fesses font fortement saillie, le ventre proémine en avant, le tronc étant fortement ramené en arrière.

Causes. — 1) Cette affection est, chez le jeune enfant, souvent une conséquence du rachitisme. Sous cette influence le bassin est aplati et le sacrum devient plus horizontal. La colonne vertébrale est alors obligée de se renverser en arrière pour permettre la station debout, d'où lordose considérable.

2) Le gros ventre, si fréquent chez les enfants, les oblige aussi à se renverser en arrière pour maintenir l'équilibre, comme nous le

voyons chez la femme pendant la grossesse et chez les individus qui portent des fardeaux sur le devant du corps.

3) C'est encore ce qui se produit chez tous les enfants qui obéissent au : « Tenez-vous droits ! » de leurs parents. Ils renversent leur colonne vertébrale en arrière, en effaçant leurs épaules.

4) La lordose peut encore être d'ordre paralytique, et se voit chez les enfants paralysés des muscles du dos ; chez les poliomyélitiques et amyotrophiques, qui sont obligés, pour ne pas tomber en avant, de se renverser fortement en arrière. Ces lordoses paralytiques ont pour caractère de disparaître dès qu'on place l'enfant sur un plan horizontal.

5) On observe la lordose dans des inclinaisons anormales du bassin, telles qu'elles se montrent dans les luxations congénitales de la hanche.

6) Enfin elle peut être symptomatique d'altération des membres (coxalgie, luxation congénitale unilatérale), d'affections viscérales et d'affections voisines de la colonne vertébrale (cyphose) ; cette dernière combinaison nous amène à :

III. *La cypholordose* (fig. VIII), qui est une combinaison des deux formes précédentes. Il s'agit, en somme, d'une exagération anormale des courbures physiologiques de la colonne vertébrale. Elle reconnaît les mêmes causes que les cyphoses et les lordoses.

ENQUÊTE SUR LES DÉVIATIONS ANTÉRO-POSTÉRIEURES.

I. ***Déviations antéro-postérieures dans nos écoles*** : 1) Nombre. — Sur 2314 enfants on trouve 135 courbés, soit le 5.8 0/0. Les déviations antéro-postérieures, dit Piéchaud, sont rares dans le jeune âge.

Notre enquête démontre le contraire, puisque 5.8 0/0 de nos enfants en sont atteints.

2) Sexe : sur 1024 filles, on compte 58 incurvées, soit 5.6 0/0
— 1290 garçons — 77 — 5.9 0/0

Les jeunes filles seraient donc un peu moins courbées que les garçons.

3) Age :

GARÇONS							FILLES					
8 ans, sur	115	on compte	5	courbés :	4.3 %		Sur 103 filles	1	courbée :	0.9 %
9 —	— 143	—	8	—	5.5		114	— 5	—	4.3
10 —	— 234	—	12	—	5.1		174	— 8	—	4.6
11 —	— 219	—	10	—	4.5		185	— 11	—	5.9
12 —	— 221	—	18	—	8.1		149	— 10	—	6.9
13 —	— 163	—	5	—	3.6		191	— 13	—	6.7
14 —	— 195	—	19	—	9.7		108	— 10	—	9.2

4) Classes :

En VIIe Classe,	sur	218 élèves	6	courbés	. . . .	2.7 %
VI.	—	257	— 13	—	. . . .	5
V.	—	408	— 20	—	. . . .	4.9
IV.	—	404	— 21	—	. . . .	5.2
III.	—	370	— 28	—	. . . .	7.5
II.	—	354	— 18	—	. . . .	5.9
I.	—	303	— 29	—	. . . .	9.5

5) Bâtiments :

Saint-Roch, sur	468 élèves	44 courbés		. . . .	9.4 %
Villamont	734	—	51 —	. . . .	6.9
Beaulieu	701	—	24 —	. . . .	3.4
Ouchy	411	—	16 —	. . . .	3.8

II. *Cyphoses.*

1) Nombre :

Sur 2314 enfants 84 cyphoses. . . . . 3.6 %

2) Sexe :

Sur 1290 garçons 47. . . . . 3.6 %
Sur 1024 filles 37. . . . . 3.6

3) Age :

GARÇONS		FILLES	
8 ans, sur 115 — 5 cyphoses :	4.3 %	Sur 103 — 1 cyphose. . .	0.9 %
9 — — 143 — 7 —	4.8	— 114 — 5 — . . .	4.3
10 — — 234 — 6 —	2.6	— 147 — 3 — . . .	1.7
11 — — 219 — 8 —	3.6	— 185 — 8 — . . .	4.3
12 — — 221 — 9 —	4.	— 149 — 6 — . . .	4.2
13 — — 163 — 5 —	3.	— 191 — 8 — . . .	4.7
14 — — 195 — 7 —	3.5	— 108 — 5 — . . .	4.6

4) Classes :

En VIIe Classe,	sur 218	enfants	6	cyphoses :	2.7 %	et	0	lordose :	0 %
VI.	—	257	—	12 —	4.6		1	—	0.38
V.	—	408	—	9 —	2.2		11	—	2.69
IV.	—	404	—	16 —	3.9		5	—	1.2
III.	—	470	—	15 —	4.05		13	—	3.5
II.	—	354	—	14 —	3.9		4	—	1.1
I.	—	303	—	12 —	4.		17	—	5.6

5) Bâtiments :

Saint-Roch, sur	468 enfants	24 cyphoses		. . . .	5.1 %
Villamont	734	—	30 —	. . . .	4
Beaulieu	701	—	22 —	. . . .	3.1
Ouchy	411	—	8 —	. . . .	1.9

III. *Incurvations antéro-postérieures et rachitisme.*

1) Classes :

	Incurvations	Cyphoses	Rachitisme.
VII.	2.7 %	2.7 %	14.2 %
VI.	.5.	4.	12.2
V.	4.9	2.2	15.1
IV.	5.2	3.9	12.1
III.	7.5	4.0	7.0
II.	5.9	3.9	4.5
I.	9.5	4.	2.9

2) De nos 135 incurvations nous avons :

13 rachitisme. . . . . 9.6 %
122 non-rachitisme. 90.4

IV. *Incurvations et scolioses.*

1) Classes :

	Incurv. totale	Cyphose	Scoliose	Scoliose et cyphose
VII.	2.7 %	2.7	8.7	0 %
VI.	5.	4.	18.2	0.7
V.	4.9	7.2	19.8	0.
IV.	5.2	3.9	27.2	1.4
III.	7.5	4.	28.3	1.5
II.	5.9	3.9	32.4	0.2
I.	9.5	4.	31.	0.6

2) De nos 135 incurvations nous avons :

47 scolioses. . . . . 34.8 %
88 non-scolioliques. 66.2

V. *Nature des incurvations.*

Classes :

	Cyphoses	Lordoses	Cypholordoses
VII.	5	0	1
VI.	8	1	4
V.	6	11	3
IV.	13	5	3
III.	11	13	4
II.	7	4	7
I.	7	17	5
	57	51	27
	42.1 %	37.8 %	20 %

CONCLUSIONS.

1° Les incurvations anormales de la colonne vertébrale sont rares dans nos écoles, puisque nous n'en observons que 135 sur 2314 enfants, soit 5.8 0/0.

2° Ces incurvations se trouvent un peu plus fréquemment chez les garçons que chez les filles, ce qui suffit déjà pour exclure leur origine anémique. Quant aux cyphoses seules, on en observe exactement le même nombre dans les deux sexes, 3.6 0/0, ce qui semblerait déjà parler pour une cause identique et de même durée qui ne peut être que l'école.

3° Origine scolaire de la cyphose. — Cette origine des cyphoses ne peut être mise en doute en examinant nos tableaux, puisque nous voyons leur chiffre passer de 2.7 0/0 en VIIe classe à 4 0/0 en Ire. Sans doute leur progression est loin d'être régulière et ne peut être comparée avec celle que nous allons trouver d'une manière si nette en étudiant les scolioses. Nous nous expliquons cette différence par le fait que les conditions hygiéniques de nos écoles, en ce qui regarde l'intensité de l'éclairage, le mobilier bien adapté à la taille et le matériel scolaire, sont des plus satisfaisantes, ce qui réduit les causes des cyphoses à un strict minimum. Ce qui prouve cependant d'une manière bien nette l'origine scolaire de la cyphose est la comparaison des nombres de cette affection dans nos différents collèges :

St Roch	5.1 %
Villamont	4. %
Beaulieu.	3.1 %
Ouchy.	1.9 %

Or St-Roch est notre plus ancien bâtiment scolaire; il présente une surface vitrée de 15 m. 2, soit un rapport (surface vitrée, surface-plancher) de 0.18 ; de plus, son mobilier très ancien n'est plus à la hauteur des exigences modernes, et malgré la bonne volonté du personnel enseignant, il y est très difficile d'adapter les tables à la taille des élèves, et c'est ce collège qui nous donne la plus forte proportion de cyphoses, soit 5.1 0/0. Villamont est mieux partagé sous les deux rapports, c'est un collège plus moderne, avec 19 m. 2 de surface vitrée, soit un rapport de 0.24. Son mobilier, beaucoup meilleur, n'est pas encore absolument satisfaisant : aussi y trouvons-nous 4.0 0/0 de cyphoses.

Ouchy et Beaulieu enfin ont 21. 25 m. 2 de surface vitrée, soit un rapport de 0.27 et un mobilier moderne bien adapté à la taille des enfants, et ce sont ces deux collèges qui ont le moins de cyphoses.

Comment l'école peut-elle causer des déviations antéro-postérieures de la colonne vertébrale?

1° *La cyphose peut être causée par la station assise prolongée.* — Or celle-ci s'observe surtout pendant la vie scolaire. A la maison cette même tenue nuisible est produite par la station assise nécessitée par les travaux à l'aiguille, le piano, et les devoirs pour l'école. Cette cause étant de première importance non seulement dans l'étiologie des cyphoses, mais dans celle des scolioses, nous l'étudierons avec plus de détails à propos de cette dernière maladie.

2° *Le dos rond peut être causé à l'école par un éclairage insuffisant.* — Que le nombre ou la dimension des fenêtres soient insuffisants, que la direction de la lumière soit mauvaise, que la qualité de la lumière enfin soit inférieure, le résultat est le même. Dès que l'éclairage devient insuffisant, nous sommes forcés pour pouvoir percevoir un objet d'en rapprocher notre œil, afin d'impressionner une plus grande partie de la rétine. Cette inclinaison de la tête s'accompagne nécessairement d'une incurvation considérable de la colonne vertébrale, et pour peu que cette attitude vicieuse devienne habituelle, l'œil deviendra myope et le rachis cyphotique.

3° *Un mobilier mal construit, sans dossier.* — Un mobilier non adapté à la taille est une cause importante de cyphose, car les inconvénients de la position assise sont encore augmentés si le mobilier ne s'adapte pas à la taille de l'élève. La table trop basse et la table trop éloignée du banc sont en effet des causes puissantes de cyphoses et de scolioses, et nous reviendrons sur cette question à propos des déviations latérales de la colonne vertébrale.

4° *Un matériel scolaire insuffisant*, des livres imprimés en caractères trop petits, sur du mauvais papier, de l'encre trop pâle, etc...

obligent l'enfant à rapprocher la tête du livre et à incurver son dos.

Examinons, en terminant ce chapitre des cyphoses, quelles sont, au point de vue pratique, les conséquences de notre enquête et quels sont les vœux que nous arrivons à formuler :

1° Combattre l'effet de la prédisposition à l'incurvation en assurant aux enfants des exercices salutaires, jeux scolaires, travaux manuels et exercices corporels plus fréquents.

2° Diminuer la longueur de la station assise en multipliant les récréations et en restreignant les devoirs à la maison.

3° Enfin et surtout surveiller dans les classes la position de la tête qui s'incline trop en avant, en l'empêchant de s'approcher à plus de 35 cm. de l'objet qu'il regarde. Pour l'obtenir, on a proposé des appareils destinés à tenir la tête de l'enfant à la distance voulue (Geradehalter). Ces instruments ne sont guère entrés dans la pratique dans notre pays.

M. Muller, instituteur à Bâle, a, par contre, inventé un instrument fabriqué par l'opticien Iberg, de cette ville, qui mérite d'être connu. Ce Geradehalter est basé sur un tout autre principe. Au lieu d'empêcher les mouvements de l'enfant comme les appareils de Sonneken, de Kalmann, de Durr, le faisaient, l'appareil de Muller a pour but de recouvrir les yeux de l'élève au moment où l'enfant penche la tête au-dessus de 35 cm. L'appareil se compose de deux valves d'aluminium fixées entre elles et maintenues ouvertes par un contrepoids placé de telle manière que si l'enfant penche la tête, les valves se ferment. Dès que l'enfant relève la tête au-dessus de 35 cm., les valves se trouvent automatiquement sous l'influence du contrepoids.

Cyphose et rachitisme. — Cette étude nous est suggérée par l'opinion de Piéchaud, qui déclare, comme nous l'avons dit, que la cyphose n'est jamais que l'expression du rachitisme précoce. Un simple coup d'œil jeté sur le tableau qui met en regard la progession des incurvations de classe en classe avec la diminution des rachitiques de classe en classe, suffit pour nous démontrer combien peu cette opinion est fondée.

Au reste, s'il était besoin d'une preuve, nous pouvons ajouter que de nos 135 incurvés nous n'en trouvons que 9 0/0 rachitiques et 90 0/0 non rachitiques.

Incurvations et scolioses. — Les incurvations antéro-postérieures du rachis prédisposent-elles à la scoliose ?

De nos 135 incurvations 35 0/0 sont scoliotiques.
et 65 0/0 sont non scoliotiques.

On le voit, dans plus de la moitié des cas, les incurvations se combinent avec des scolioses.

Nature des incurvations. — Au point de vue de leur nature, nous trouvons :

62 0/0 sont des cyphoses.
38 0/0 sont des lordoses ; soit environ la moitié moins.

III. — Déviations latérales de la colonne vertébrale ou scolioses.

On donne le nom de scolioses aux déviations latérales de la colonne vertébrale. Si la déviation intéresse toute la colonne, on parle d'une scoliose totale. Elle est partielle si elle n'intéresse qu'un seul segment. Si enfin une scoliose s'accompagne de courbures en sens inverse, on la dit : combinée.

Symptômes objectifs.

La scoliose doit être examinée dans son ensemble et dans chacun de ses éléments.

Dans son ensemble. En examinant une scoliose dextro-convexe par exemple, on remarque bientôt que le squelette présente une incurvation latérale, mais que par contre les courbures normales antéro-postérieures du rachis ont presque disparu. En second lieu, on s'aperçoit que la courbure scoliotique présente une torsion autour de l'axe, comme le cep autour de son tuteur, si bien que le segment dorsal se trouve renversé en arrière et sur un plan très postérieur aux segments cervicaux et lombaires. Nous pouvons donc distinguer dans une colonne vertébrale scoliotique une inflexion latérale et une torsion, qui toutes deux exercent leur influence sur les parties constitutives de la colonne vertébrale. Les *vertèbres* subissent des transformations considérables, et cela d'autant plus qu'elles sont plus rapprochées du maximum de courbures.

Chaque vertèbre subit une augmentation de pression du côté de la convexité. Le corps est donc inégal, aplati, écrasé du côté de la concavité, hypertrophié du côté de la convexité. Il présente la forme d'un coin dont le sommet est dirigé vers la concavité. Suivant la durée et le degré de la scoliose, ces modifications seront plus ou moins accentuées. Il peut même arriver que le corps vertébral contracte, grâce à l'atrophie simultanée de disques intervertébraux, des rapports intimes avec les vertèbres voisines et se fondent avec elles ; la scoliose est alors définitive.

En second lieu, sous l'influence de la torsion le corps vertébral est en quelque sorte projeté vers la convexité de la courbure, et cela est d'autant plus remarquable que tout l'axe postérieur qui supporte les apophyses subit un mouvement inverse qui le dirige du côté de la concavité.

En effet, les arcs qui limitent le trou vertébral ont changé de direction et de volume. Celui qui est du côté de la convexité est gros, épais et antérieur ; celui qui est du côté de la concavité est comme atrophié et postérieur. Les apophyses transverses et articulaires qui y sont fixées suivent le mouvement, et l'apophyse épineuse tordue sur son axe est fortement déviée le plus souvent du côté de la concavité.

Ainsi s'accentue non seulement le mouvement de flexion,

mais celui de torsion subi par les vertèbres. Au milieu de ces parties se trouve le trou vertébral, très altéré dans sa forme, mais d'une capacité normale, en sorte que jamais la moelle ne peut être comprimée comme elle peut l'être dans la déviation angulaire du mal de Pott.

Les disques intervertébraux s'atrophient du côté de la concavité et s'hypertrophient du côté opposé ; ils ont ainsi la forme en coin des corps vertébraux, et c'est leur amincissement progressif qui permet quelquefois aux vertèbres de se souder.

Les ligaments dans la concavité s'épaississent et se raccourcissent ; ceux de la convexité s'atrophient de plus en plus.

Thorax. Ces modifications vertébrales font prévoir et comprendre les *déformations thoraciques*.

Les côtes doivent nécessairement obéir à la direction du corps vertébral et des apophyses auxquelles elles sont fixées. Du côté de la convexité l'apophyse transverse est repoussée en arrière ; la côte suit fatalement ce mouvement, et toutes les côtes, séparées par de larges espaces, forment une voussure en saillie soulevant l'omoplate et avec elle la clavicule, et accentuent ainsi une gibbosité de plus en plus apparente. Sur la concavité le contraste est saisissant; les côtes, rapprochées quelquefois au point de venir en contact et fortement inclinées en bas, semblent s'effacer, entraînées qu'elles sont par l'apophyse transverse déprimée. Par devant le thorax est profondément modifié. Courbés et attirés en arrière du côté convexe, les cartilages costaux sont peu saillants et dessinent un méplat sur la région thoracique.

Déprimés du côté concave, ils se soulèvent en avant et forment un relief, une proéminence sur le thorax. Le sternum conserve à peu près sa situation normale.

La cage thoracique est diminuée de hauteur par la cyphose concomitante et rétrécie du côté de la convexité par la proéminence du corps vertébral et par la direction et la position des côtes. Du côté de la concavité, la cage thoracique est considérablement élargie.

Le bassin enfin, grâce à la compression subie par l'aile du sacrum et par tout le côté du bassin correspondant à la convexité lombaire, est allongé dans ses diamètres obliques en raison inverse du thorax, si bien que chez un individu atteint de scoliose dextro-convexe, le thorax est oblique-ovalaire, à grand axe arrière-gauche rétréci et le bassin oblique ovalaire arrière-droit rétréci.

Telles sont les profondes modifications subies par le squelette sous l'influence de la scoliose, que nous avons en grande partie empruntées à Hoffa et à Piéchaud. Examinons maintenant les conséquences de cet état de choses sur les viscères.

Les viscères éprouvent une gêne progressive à mesure que la scoliose fait des progrès. — Dans une cage thoracique déjà réduite de capacité par la diminution de son diamètre vertical et de tous les autres diamètres du côté de la convexité, le poumon

et le cœur sont à l'étroit et refoulés en haut par un diaphragme dont la convexité est accrue. Cette gêne de la respiration et de la circulation augmente à mesure que les courbures s'infléchissent davantage, que les côtes sont plus immobilisées par leur rapprochement, et des troubles plus sérieux peuvent survenir.

Le cœur, spécialement le ventricule droit, est obligé souvent de s'hypertrophier pour suffire à l'augmentation du travail. De là se développent tous les troubles de la circulation générale et hépatique inhérents à cette affection. La *capacité pulmonaire* est diminuee, surtout du côté de la convexité où le poumon, souvent profondément comprimé, respire mal. Le travail respiratoire principal échoit au poumon du côté concave, qui souvent devient emphysémateux. La respiration est, pour toutes ces raisons, plus superficielle et plus rapide; et sous l'influence de la moindre affection des voies respiratoires, on voit la dyspnée augmenter considérablement et la cyanose se développer. La *capacité de la cavité abdominale* est diminuée, aussi la paroi est proéminente, les intestins et le foie comprimés. De tout cela il résulte de l'anémie, des troubles digestifs, de la faiblesse générale avec nutrition insuffisante. Enfin, si l'affection n'est pas traitée, le *rétrécissement du bassin* peut avoir des conséquences désastreuses pour les femmes scoliotiques qui ne craignent pas le mariage.

II. *Symptômes subjectifs.* — Les symptômes subjectifs du début sont le plus souvent peu marqués. Dans quelques cas cependant on observe une fatigue rapide dans le dos, et quelquefois des douleurs le long de la colonne vertébrale. Ces douleurs se localisent le plus souvent dans la région dorsale supérieure ou inférieure et sur la déviation. Elles augmentent par la pression directe et par la galvanisation du dos.

Une seconde manifestation d'ordre réflexe que nous n'avons jamais observée dans nos écoles est décrite par LESSER sous le nom de *chorée respiratoire ;* elle se traduit par une respiration irrégulière, spasmodique et inégale. Enfin on observe quelquefois, le long de l'épine dorsale, un lacis veineux superficiel, avec développements anormaux du système pileux, le tout s'accompagnant d'une hyperhydrose abondante.

Lorsque la scoliose commence à se développer, tantôt c'est une proéminence de l'épaule, tantôt une déformation de la hanche, qui attirent en premier lieu l'attention sur la difformité. On trouvera alors, en examinant le dos, une asymétrie du profil latéral de la taille et une déformation visible des triangles compris entre les bras pendants, les côtes et les hanches. Ces deux triangles, absolument symétriques normalement, se transforment, et le triangle du côté de la concavité devient asymétrique et plus grand.

Déformation en coup de hache.

Quant à la colonne vertébrale, elle présente un aspect variable suivant la nature de la scoliose.

Dans la scoliose totale droite, le premier symptôme est la proéminence de l'omoplate droite, dont le bord interne et l'angle font saillie et sont situés plus bas que ceux du côté gauche. En second lieu, on remarque la déviation à droite de la ligne vertébrale.

Dans la scoliose gauche les symptômes sont inverses.

On distingue trois degrés dans la scoliose (SCHILDBAH) :

Dans le 1er degré la scoliose peut être corrigée momentanément par l'enfant lui-même.

Dans le 2e degré la correction ne se fait que par l'inflexion forcée du dos en avant.

Dans le 3e degré la correction est devenue impossible.

Causes des scolioses.

Jusqu'à MORGAGNI on admettait que toute scoliose était due à une luxation de la colonne vertébrale. POTT est le premier qui démontra, en 1779, qu'il existait une certaine espèce d'inclinaison latérale du rachis due exclusivement à des caries, c'est-à-dire à des inflammations suppuratives des vertèbres de nature scrofuleuse ou tuberculeuse. Cette affection, bien différente de ce que nous appelons maintenant scoliose, soit au point de vue étiologique, soit au point de vue pathogénique, affection essentiellement douloureuse, a été décrite dès lors sous le nom de « mal de Pott ».

Quant aux scolioses proprement dites, il convient d'y établir quelques distinctions, et d'en séparer encore les scolioses symptomatiques et les scolioses statiques.

I. — *Scoliose symptomatique.*

On trouve en effet des scolioses accompagnant des lésions importantes du système locomoteur, ligaments, muscles, etc.

Ces scolioses provenant de maladies de ces parties doivent être distinguées des scolioses ordinaires et sont appelées « scolioses symptomatiques ».

Voici les principales :

Muscles.

La *contracture musculaire* peut déterminer, à elle seule, des déviations vertébrales.

On voit la sciatique (BRISSAUD, GUSSENBAUER, BABINSKY, FISCHER, KOCHER, SACHS, SCHADEL), la lithiase rénale, les affections pleuro-pulmonaires chroniques (VERNEUIL, PAULET, BISSON), le lumbago (KIRMISSON), provoquer par contracture musculaire des scolioses.

On voit des phénomènes ovariens de nature inflammatoire ; on voit même l'hystérie provoquer des courbures du rachis de même nature. Mais ces scolioses sont passagères, régressives, et disparaissent avec la cause qui les a produites.

Certaines maladies, la maladie de Friedrich, la myopathie (DEJERINE, SOTTAS), etc., provoquent aussi des scolioses de même nature, mais encore ici la maladie causale est facile à distinguer.

Les paralysies musculaires, la paralysie infantile (Kirmisson et Sainton) agissent en donnant à certains groupes musculaires une prédominance d'action et la colonne vertébrale peut être déviée du côté des muscles conservés. Il faut remarquer que dans ces cas il est juste de tenir compte, et nous y reviendrons, de l'arrêt de développement des os, qui souvent marche parallèlement à l'atrophie musculaire, comme cela s'observe si souvent du côté des membres inférieurs où l'examen du squelette et la mensuration sont toujours faciles à faire.

Ligaments.

Admise et défendue par Malgaigne, cette action, qui peut s'observer dans certaines affections goutteuses et rhumatismales, ne paraît pas jouer un grand rôle dans l'étiologie des scolioses. Nous avons trouvé dans nos écoles 2 scolioses symptomatiques sur 571, soit 0. 3 0/0; c'est dire qu'elles sont rares.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

LA FIXATION DES TUBES D'O'DWYER DANS LE LARYNX.

Lettre ouverte à M. le Professeur Von BOKAY, de Budapesth.

Monsieur et très honoré confrère,

Je vous remercie d'avoir bien voulu m'adresser votre ouvrage si intéressant « *Uber das Intubationstrauma* (1) ». J'y ai lu que non seulement vous jugiez erronée mon opinion sur le rôle joué par les cordes vocales dans la fixation des tubes O'Dwyer, mais aussi que l'inventeur de l'intubation, lui-même, avait à cet égard deux théories différentes concernant l'une le larynx sain, l'autre le larynx atteint de diphtérie. Vous avez, je le crains bien, mal interprété la pensée d'O'Dwyer qui, s'il admet qu'en certains cas le tube normal peut être fixé par le cricoïde atteint d'infiltration et rétréci, conseille justement, en cette occurrence, d'éviter, autant que possible, ce mode de fixation en n'employant qu'un tube pénétrant dans le larynx sans le forcer.

La thèse que j'ai soutenue jadis contre M. Bayeux n'était pas de mon cru, soyez-en certain. Quand un homme comme O'Dwyer, ayant travaillé la question pendant quinze ans, affirmait une chose, il était de notre devoir de ne répudier ses enseignements qu'à bon escient. Je n'ai donc été, dans la circonstance, que le porte-parole d'O'Dwyer, avec lequel j'étais, depuis un certain temps déjà, en relations suivies par lettres.

(1) Uber das Intubationstrauma von Dr Johann Von Bókay. *Sonderabdruck aus der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie.* 58 Band, Leipzig, 1901.

J'adressai à O'Dwyer, dès son apparition dans la *Médecine moderne* du 8 juin 1895, le travail de M. Bayeux, en le priant de bien vouloir me donner son avis sur la nouvelle théorie de la fixation de ses tubes dans le larynx.

Il me répondit longuement, dans une lettre du 8 juillet suivant, m'exposant, de façon catégorique, son opinion. Voici ses paroles textuelles que je traduis aussi littéralement que possible :

« The statement that it is the cricoïd cartilage and not the vocal cords that retains the tube in the larynx, is absolutely intrue. It is by the contraction of the vocal bands alone that the intubationtube is retained, and when they are paralyzed no tube will remain in the larynx unless it be of very large size or have an extra-large retaining swell.

I have a case of this kind now under treatment in which the proper size tube is rejected immediately; one with a retaining swell large enough to require some force to insert, has to be used. When the vocal cords have lost their base and support by destruction of the cricoïd cartilage, of which I have seen one case, it is equivalent to paralysis or even worse; because as I have frequently stated where the vocal cords have lost their power of contraction, the retaining power may be transferred to the cricoïd cartilage by increasing the retaining swell.

This question may be briefly stated as follows: with a tube suitable for age, the retaining power resides in the vocal cords; but when this power is lost by paralysis or otherwise, retention may still be accomplished by taking advantage of the comparatively small lumen of the cricoïd division of the larynx and increasing the size of the retaining swell to a considerable extent. »

« L'opinion que c'est le cartilage cricoïde et non les cordes vocales qui « retiennent le tube dans le larynx « est absolument fausse. C'est par le « resserrement des cordes vocales « seulement que le tube à intubation est retenu ; et quand elles sont « paralysées, le tube ne reste pas « dans le larynx, à moins qu'il ne « possède un ventre de retenue très « accentué.

« J'ai actuellement en traitement « un cas de cette sorte, dans lequel le « tube du calibre convenable est im- « médiatement rejeté ; on a dû faire « usage d'un tube muni d'un ventre de « retenue assez volumineux pour « exiger un certain effort d'introduc- « tion. Quand les cordes vocales ont « perdu leur base et leur support par « la destruction (partielle évidem- « ment) du cartilage, et j'ai observé « un cas de cette nature, cela équivaut « à la paralysie ou est même pire ; « c'est ainsi que j'ai fréquemment « observé que dans le cas où les « cordes vocales avaient perdu leur « pouvoir de resserrement, le pouvoir « de fixation pouvait être transmis « au cartilage cricoïde par accrois- « sement du ventre de retenue.

« Cette question peut être briè- « vement exposée comme suit : avec « un tube correspondant bien à l'âge, « le pouvoir de fixation réside dans « les cordes vocales ; mais, quand ce « pouvoir a été perdu par paralysie « ou autre cause, la fixation peut « encore être accomplie en tirant « parti du calibre relativement petit « de la portion cricoïdienne du larynx « et en augmentant de façon considé- « rable la grosseur du ventre de re- « tenue. »

Dans son travail ayant pour titre : « Retained intubation tubes » (*Read before the American Pediatric Society*, Washington, 6 mai 1897), O'Dwyer disait encore : « Tandis que dans les cas ordi-

« naires, le tube est maintenu dans le larynx par le resserrement « des cordes vocales, dans les infiltrations marquées de la région « sous-glottique, le rétrécissement de cette région remplace les « cordes vocales dans leur rôle ; et, à moins que la muqueuse ne « soit détruite de façon considérable, un renflement de petite « taille est non seulement suffisant, mais encore très désirable. »

La chose est donc bien nette. Pour O'Dwyer : 1° Le tube est maintenu en place par les cordes vocales ;

2° La portion cricoïdienne du larynx formée d'un anneau cartilagineux très peu dilatable, est relativement étroite, en ce sens qu'elle ne se laisserait pas franchir par un cylindre trop volumineux ayant cependant pu franchir la glotte ou la trachée facilement dilatables.

Cette dernière proposition concorde pleinement avec les expériences jadis entreprises par M. Bayeux sur le calibrage du conduit laryngo-trachéal (*Presse médicale* du 20 janvier 1897) et dont le résultat peut être résumé en ces quelques mots terminant le travail de Galatti sur l'anatomie du larynx chez l'enfant (1) : « La portion la plus étroite du conduit laryngo-trachéal est représentée par le plan du cartilage cricoïde qui, par suite de sa constitution rigide, n'est pas, comme la glotte, extensible. » Ni O'Dwyer ni moi-même n'avions jamais mis en doute ce fait si simple, qu'il n'était réellement pas besoin d'expériences nouvelles pour en répéter l'affirmation.

C'étaient ces données que j'avais développées dans *La Presse médicale* du 21 juillet 1897 (2), les complétant, à mon point de vue, de la façon suivante (p. 31) : « Ce qui assure la fixation du « tube d'O'Dwyer dans le larynx, c'est la coaptation plus ou « moins réussie de sa portion sus-ventrale avec les formes de la « région sous-glottique. Les cordes vocales inférieures, par leur « partie ligamenteuse et leurs muscles adducteurs, s'opposent, avec « la forme même de la région sous-glottique, à la sortie du renflement, si leur tonicité n'est pas affaiblie ou abolie. Le spasme « de la glotte, la tuméfaction de la muqueuse et la présence des « fausses membranes peuvent aussi, du moins au début, avoir « une certaine part dans la fixation du tube. »

*
* *

Examinons maintenant de près, si vous le voulez bien, la théorie cricoïdienne de la fixation des tubes, telle que l'a établie M. Bayeux, dans son travail du 8 juin 1885 paru dans la *Médecine moderne*. Relatant ses recherches sur le *cadavre*, M. Bayeux s'exprimait ainsi (p. 366) : « *Pendant l'introduction de ces tubes, en*

(1) Contribution à l'anatomie du larynx chez l'enfant. Travail de l'Institut anatomique du professeur E. Zuckerkandl. Extrait de la *Parole*, n° 6, 1899.

(2) L'intubation du larynx dans le croup. De l'énucléation et de la théorie cricoïdienne de la fixation des tubes.

procédant avec douceur, on constate pour le tube court qu'il se produit un léger ressaut lorsque le ventre du tube franchit le détroit inférieur du cricoïde ; avec le tube long, il se produit deux ressauts: le premier, lorsque l'extrémité du tube franchit ce détroit, le deuxième lorsque le ventre passe au même point. »

D'après cette citation, nous voyons que le *détroit inférieur* du cricoïde doit arrêter au passage, non seulement le renflement, mais encore l'extrémité inférieure du tube. Ah ! les tubes longs seront dès lors bien fixés! Voyons, pouvons-nous vraiment croire que, sur le cadavre, sur un larynx non rétréci, l'extrémité inférieure des tubes d'O'Dwyer franchisse le cricoïde en la forçant même légèrement? Mais continuons : « *C'est cette bague cricoïdienne surtout, et non les cordes vocales, qui maintient le tube en place* »: puis cette conclusion quelque peu naïve : « *Tant que le ventre du tube ne l'a pas franchie* (cette bague), *le tube est mal en place, instable, et malgré que les cordes vocales l'enserrent, il sera rejeté à coup sûr* ». Il est, en effet, bien évident que si le renflement du tube qui dès le collet s'accentue progressivement, n'est pas descendu au-dessous des cordes vocales, celles-ci ne pourront faire obstacle à sa sortie. En un mot, pour parler comme feu M. de La Palice : si le tube n'est pas en place, il ne tiendra pas en place.

Précisant sa pensée, M. Bayeux ajoutait plus loin : « *A mesure que le tube long ou court rapproche, en descendant, son ventre du détroit cricoïdien, le renflement qui est situé sur les flancs du tube dilate progressivement l'anneau cartilagineux et vient passer à frottement. .... Quand le renflement a passé le détroit, l'anneau cartilagineux se rétracte et favorise la descente finale du tube en lui assurant un point d'appui solide.* »

Plus loin, j'ajoutais : « Comme je l'ai dit plus haut, ce qui maintient le tube en place, c'est avec la forme même de la région « sous-glottique, la tonicité du sphincter glottique. Dans sa descente dans le larynx, le tube écarte d'abord les lèvres de la « glotte, puis les parois latérales de la région sous-glottique. Dès « que le renflement olivaire de sa partie moyenne est arrivé à une « portion du conduit aérien dont les dimensions soient égales ou « supérieures aux siennes (ce qui se produit au niveau de la « membrane crico-thyroïdienne et du détroit inférieur du cri- « coïde), toute dilatation a cessé et le tube continue sa descente « jusqu'à ce que sa tête soit arrêtée dans le vestibule du larynx. « On conçoit facilement la fixation du tube, en songeant que, pour « sortir du larynx, la portion qui surmonte le renflement et dont « les parois latérales convergent vers le collet, doit vaincre le « frottement contre les parois latérales de l'espace sous-glottique, « qui, elles, divergent vers le détroit inférieur du cricoïde. La « disproportion qui existe entre les dimensions transversales du « renflement et la largeur de la glotte à l'état de repos, montre « la difficulté relative que doit éprouver ce renflement à fran-

« chir les cordes vocales, à condition, bien entendu, qu'elles « aient conservé leur tonicité normale. »

Nous trouvons une preuve de l'obstacle offert par les cordes vocales au renflement des tubes, dans la mésaventure arrivée à O'Dwyer, avant l'invention de son tube définitif. Ayant constaté que les tubes longs et sans renflement, employés précédemment, tenaient mal en place, O'Dwyer les munit d'un renflement situé à petite distance de la tête et délimitant ainsi, un étranglement destiné à loger les cordes vocales. Mais, pour que toute difficulté à l'introduction fût évitée, ce renflement fut disposé en forme de tronc de cône à base supérieure formant épaulement et à sommet inférieur se confondant progressivement avec les parois de la partie inférieure du tube. Le tube fut, en effet, introduit très facilement ; mais il tenait tellement bien en place, qu'il ne put être extrait avec le faible extracteur alors en usage (1).

Mais, on a prêté à O'Dwyer, ainsi qu'à ceux qui ont suivi son enseignement, des opinions bien étranges. C'est ainsi que pour M. Bayeux, « O'Dwyer et tous les auteurs après lui, avaient an« noncé que les tubes restaient en place dans les larynx grâce à la « pression latérale exercée par les cordes vocales (2) ». Ce qui suit, écrit par MM. Sevestre et Martin (3), n'est pas moins fait pour nous étonner : « Des recherches sur le cadavre poursuivies « par M. Bayeux lui firent voir d'abord, que *la partie renflée du « tube correspond, non pas aux cordes vocales inférieures, comme « on le croyait généralement*, mais au détroit inférieur du cricoïde, « et en outre vinrent démontrer que le tube est maintenu dans le « larynx par deux forces antagonistes : d'une part en haut, la tête « se trouve fixée entre les cordes vocales qui la soutiennent et « la sangle musculaire ary-aryténoïdienne qui se contracte sur « elle (?) ; d'autre part, en bas, la bague cricoïdienne s'applique « et se rétracte sur le ventre du tube situé au-dessous d'elle. »

Je n'insiste pas sur cette dernière théorie un peu compliquée de la fixation des tubes, dans laquelle la sangle musculaire ary-aryténoïdienne vient jouer un rôle inattendu. Je tiens seulement à protester contre les opinions prêtées à O'Dwyer et à ses élèves. Jamais, que je sache, ils n'ont soutenu que les cordes vocales maintenaient le tube par une *pression exercée sur ses parois latérales*. J'ai toujours cru comprendre que le rôle attribué à ces cordes était le suivant : La fonction des dilatateurs de la glotte se trouvant supprimée par la présence du tube dans le larynx, les cordes vocales ayant leur tonus normal, se trouvent en position

(1) Joseph O'Dwyer. New-York. The evolution of intubation. *Archives of Pediatrics*, n° 6 juin 1896, p. 408.

(2) R. Bayeux, Thérapeutique chirurgicale du croup. Le tubage du larynx. *La Médecine infantile*, 15 juillet 1897, p. 314.

(3) *Traité des maladies de l'enfance* (J. Grancher, Comby, Marfan), tome I, page 683.

de repos ou, pour employer un terme consacré en laryngologie, en position cadavérique. Dans ces conditions, elles font simplement obstacle par leur saillie et l'étroitesse de l'espace qu'elles limitent, à la sortie du tube dont le renflement, débutant insensiblement dès le collet, atteint sa plus large dimension vers la partie moyenne, au niveau des premiers anneaux de la trachée.

Le terme « *contraction of vocal cords* », employé par O'Dwyer, ne doit pas, à mon avis, être compris « *contraction des cordes vocales sur les parois des tubes* ». La langue anglaise n'a pas la précision du français et « *contraction* » y signifie : *contraction, resserrement, rétrécissement.* Si O'Dwyer avait voulu exprimer cette idée que les cordes fixent le tube en enserrant ses parois latérales, nul doute qu'il n'eût employé de préférence le terme : « *constriction* », indiquant de leur part un rôle actif. Je crois donc qu'en s'exprimant ainsi, il entendait le rétrécissement formé par les cordes vocales au sommet de la région sous-glottique.

Quant à la place occupée par le renflement du tube dans les voies aériennes, O'Dwyer s'est exprimé à ce sujet, de façon bien nette (1) : « *Cette modification* (invention du renflement fusiforme) *ne gênait ni l'introduction ni l'extraction, et la portion la plus volumineuse du tube restait dans la trachée, où se trouvait un large espace et où n'existait aucun danger de pression.* »

Résumons la théorie de M. Bayeux : Le tube, sur le cadavre, franchit, en le forçant et en le dilatant, le cartilage cricoïde. Sa partie la plus volumineuse ou ventre, descendue dans la trachée, est en contiguïté avec le bord inférieur du cricoïde qui fait obstacle à sa sortie.

Je me suis souvent demandé comment M. Bayeux conciliait sa théorie avec les données recueillies également sur le cadavre et qu'il a publiées dans *La Médecine infantile* du 15 juillet 1897 (p. 318), établissant que, chez les enfants de 1 à 12 ans, la circonférence intérieure du cricoïde, mesure *au minimum*, dans sa partie la plus étroite, de 20 à 30 millimètres : c'est-à-dire que le diamètre transverse le plus étroit du cricoïde est toujours au moins de 6 millimètres 3 à 9 millimètres 5.

Or, le renflement des tubes d'O'Dwyer mesure de 16 millimètres 4 à 28 millim. 2 de circonférence, présentant un diamètre transverse maximum de 5 millimètres 2 (7/32 de pouce) à 9 millimètres (12/32 de pouce).

Dans les larynx *les plus étroits*, le cricoïde a donc, en sa portion *a plus resserrée*, un diamètre transverse *minimum*, de un demi à un millimètre, supérieur au diamètre correspondant *maximum* des tubes ; et, comme l'a écrit lui-même M. Bayeux (*ibid.*), « *comme dimensions de calibrage, on pourrait toujours introduire dans un arynx d'un âge donné le tube de numéro supérieur.* »

(1) The evolution of intubation. *Archives of Pediatrics*, n° 6, juin 1896, p. 408.

Comment, d'après cela, contrairement à toute logique, pourrions-nous admettre qu'un tube de calibre inférieur traverse *en le forçant* un anneau de calibre supérieur?

Notons bien que ce diamètre, le plus étroit du cricoïde (diamètre transverse), existe, non pas au niveau de son bord ou détroit inférieur, comme l'avance M. BAYEUX, mais bien à son détroit supérieur : le cartilage cricoïde n'ayant pas, que nous sachions, changé de forme depuis Sappey et présentant toujours son aspect de *cavité cunéiforme*, dont le sommet tronqué se dirige en haut et dont la circonférence inférieure, à peu près circulaire à son union avec le premier anneau de la trachée, présente, d'après M. DE SAINT-GERMAIN (1), un diamètre transverse de *9 à 15 millimètres* chez les enfants de 2 à 13 ans. D'après les recherches plus récentes de M. GALATTI (de Vienne) sur l'anatomie du larynx chez l'enfant, le diamètre de la lumière du cricoïde à sa partie inférieure serait, *pour un enfant de* 8 *mois*, de 8 *millimetres* dans le sens sagittal et de 7 *millimètres* 5 dans le sens transversal. Au niveau du bord supérieur, le diamètre transversal réel est également de 7 *millimètres* 5. D'une façon générale, chez l'enfant, *les diamètres horizontaux* du larynx se comportent de la façon suivante : « au « niveau de la portion la plus inférieure du cartilage cricoïde, le « calibre affecte la forme d'un cercle ; plus haut, la surface de « section est représentée par une ellipse avec grand diamètre à « direction sagittale ; plus haut encore, l'ellipse se rapproche « d'un ovale à petite extrémité postérieure se rétrécissant de « plus en plus, de manière à ne représenter qu'une toute petite « fente au niveau des cordes vocales (2). »

Que reste-t-il de la théorie cricoïdienne de la fixation des tubes ? Nous avons constaté que, sur le cadavre, les tubes avaient toujours un calibre inférieur à celui des *plus étroits cricoïdes* pour lesquels ils sont désignés. Dans un larynx normal, le cricoïde ne peut donc constituer un obstacle et un moyen de fixation pour ces tubes. Cependant, ces tubes tiennent en place dans des larynx normaux, ainsi que le prouve leur emploi dans le spasme de la glotte, la coqueluche et la laryngite striduleuse, affections dans lesquelles la muqueuse tapissant le cricoïde n'offre aucune altération capable d'expliquer la fixation par un rétrécissement de cet anneau.

Depuis longtemps, O'DWYER avait constaté l'étroitesse relative de la portion cricoïdienne du larynx et avait attiré l'attention sur ce fait, que le resserrement anatomique existant normalement au niveau du cricoïde est souvent augmenté, de façon notable, dans un larynx atteint de diphtérie, par l'infiltration de la muqueuse : « *Si, en pareil cas, un tube marqué pour l'âge de l'enfant*

(1) *Chirurgie des enfants*, Paris, 1884.

(2) Contribution à l'anatomie du larynx chez l'enfant (Travail de l'Institut anatomique du Prof. E. Zuckerkandl. Extrait de *La Parole*, no 6, 1899.

est introduit de force dans le larynx, l'ulcération ou le sphacèle des tissus est inévitable, avec la nécrose possible du cricoïde » (1).

Une sauvegarde contre la plus grande fréquence des lésions destructives, est que dans les cas extrêmes de sténose sous-glottique. le tube marqué pour l'âge, ne peut être introduit et qu'un tube de plus petit calibre doit lui être substitué. O'DWYER attribuait l'immunité comparative de sa statistique en complications post-opératoires, à ce qu'il n'avait jamais couru le risque d'employer des tubes de trop fortes dimensions, ayant d'ailleurs à sa disposition, outre la série habituelle, des tubes de formes et de dimensions variées.

En y réfléchissant, on comprend pourquoi il ne faut pas, autant que possible, que le détroit inférieur du cricoïde fixe le ventre du tube et pourquoi, au contraire, il faut que le ventre jouisse, à ce niveau, d'une certaine liberté. Les mouvements fréquents de montée et de descente auxquels le tube est soumis pendant la déglutition sont, en effet, incompatibles avec l'immobilisation que lui prête la théorie cricoïdienne. Nous savons qu'au deuxième temps de la déglutition, le cartilage thyroïde est fortement attiré en haut, en même temps que l'extrémité inférieure du pharynx. Les muscles thyro-hyoïdiens et stylo-pharyngiens, prenant leurs insertions sur les bords supérieurs et latéraux du thyroïde, sont les principaux agents de cette élévation du larynx. Les thyro-hyoïdiens élèvent le bord supérieur du cartilage thyroïde, lequel remonte jusqu'au bord inférieur de l'os hyoïde, puis le dépasse pour se porter en arrière, en sorte qu'il se trouve inscrit dans sa courbe parabolique. Telle est la position que prend le cartilage à chaque mouvement de déglutition (SAPPEY).

Uni par ses petites cornes aux parties latérales du cartilage cricoïde, le thyroïde bascule en arrière, tendant la membrane crico-thyroïdienne assez élastique et finissant par entraîner le cricoïde lui-même, et la trachée, dans son mouvement d'ascension.

A chaque déglutition, il y a donc écart entre le thyroïde et le cricoïde au niveau de son arc antérieur, écart limité par la tension de la membrane crico-thyroïdienne. Le tube, dont la tête est retenue par les cordes vocales, suit les mouvements du cartilage thyroïde, se déplaçant ainsi verticalement, dans une étendue variable par rapport à la trachée et au cartilage cricoïde.

Dans ces conditions, on conçoit le danger d'un contact trop intime entre le renflement du tube et le détroit inférieur du cricoïde. Aussi, les ulcérations parfois constatées à la partie antérieure et moyenne de la trachée, ainsi qu'aux parties latérales du cricoïde, ne peuvent-elles guère être attribuées à d'autres causes

(1) *Retained intubation tubes. Causes and treatment.* By J. O'DWYER, New-York, 1897, p. 2.

que le frottement et la pression exercés par l'extrémité inférieure et le ventre d'un tube mal construit ou mal choisi.

Une conséquence malheureuse de la théorie cricoïdienne a été la tendance à l'augmentation du calibre des tubes ou, ce qui revient au même, à l'emploi, pour un âge donné, de tubes désignés par O'Dwyer pour l'âge supérieur. C'est ainsi que M. Bayeux, pour obvier aux expulsions fréquentes (1) de ses tubes courts, a été amené à employer des tubes plus gros, pour les âges de 1, 2, 4 et 7 ans, appelés par lui âges limites. Après lui, M. Escat, de Toulouse, qui cependant admet le rôle des cordes vocales dans la fixation des tubes, a été d'avis, pour éviter l'expulsion spontanée (des tubes courts aussi), d'employer de gros tubes pouvant être fixés par le cricoïde (2) : « On essaiera un tube très gros. Si le « tube est trop gros, on descendra l'échelle jusqu'à ce qu'on ait « trouvé un calibre approprié : « *Il est nécessaire*, ajoute cet au- « teur, *de percevoir autant que possible, au moment de l'enfonce- « ment, le ressaut cricoïdien, ce qui est la meilleure garantie de « fixité.* »

M. Sargnon (de Lyon) (3) en a agi de même pour l'adulte et a employé des tubes à renflements plus volumineux que ceux des tubes d'O'Dwyer, mais heureusement reportés plus bas, ce qui évite toute pression exagérée au niveau du larynx. Ce qui est possible, et sans grand inconvénient pour un larynx d'adulte atteint de sténose cicatricielle, ne l'est pas malheureusement pour un larynx d'enfant atteint de diphtérie ; aussi craignons-nous que la méconnaissance ou l'oubli de l'expérience acquise par O'Dwyer, ne ménage aux novateurs de graves mécomptes.

L'ulcération sous-glottique intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse avait démontré bien vite à O'Dwyer que les tubes employés au début étaient trop larges, et que c'était *la lumière de la portion sous-glottique* du larynx, et non celle de la fente glottique ou de la trachée, qui devait déterminer les dimensions des tubes (4). Aussi l'avons-nous vu, en ces dernières années, à l'encontre de ce qui se produisait en France, augmenter sa série de tubes pour enfants, d'un nouveau numéro intermédiaire aux numéros 2 et 3-4, après avoir maintes fois constaté que ce dernier numéro, destiné aux enfants de 2 à 4 ans, était fréquemment trop

(1) A l'hôpital Trousseau, chez 62 intubés avec le tube Bayeux, on a dû faire 30 énucléations d'urgence pour obstruction, et il y a eu *24 rejets spontanés* du tube. (G. Froin : Traitement du croup. Tubage du larynx et trachéotomie. *La Presse médicale*, 13 avril 1901.)

(2) La pratique du tubage dans la clientèle. *La Presse médicale*, n° 70, 2 septembre 1899.

(3) *Tubage et trachéotomie en dehors du croup, chez l'enfant et chez l'adulte*, Lyon, 1900.

(4) *The evolution of intubation.*

volumineux et déterminait des lésions au niveau du cricoïde (1). Le tube n° 2 lui-même avait déjà été réduit pour la même raison, quelque temps auparavant.

*
* *

J'espère avoir exposé ce débat avec toute la netteté désirable. Pour le résumer en quelques mots : les tubes d'O'Dwyer, de calibre inférieur à celui du cricoïde, sont maintenus en place par les cordes vocales qui font obstacle au passage de leur renflement. Dans un larynx à muqueuse infiltrée, le tube peut être retenu au niveau du cricoïde, dont le calibre se trouve ainsi rétréci. Mais, loin que ce mode de fixation soit désirable, nous devons nous efforcer de l'éviter en n'employant, en pareil cas, que le tube le moins volumineux possible. Telle est la doctrine de l'inventeur de l'intubation.

Pour les partisans de la théorie cricoïdienne, les cordes vocales n'ont rien à voir avec la fixation des tubes, assurée au niveau du cricoïde.

Pour mon compte personnel, comme je l'ai déjà exprimé en 1897 (*loc. cit.*) : ce qui maintient le tube en place, c'est avec la forme même de la région sous-glottique que reproduit la portion sus-ventrale du tube, la tonicité du sphincter glottique. Mais nul doute que, fréquemment, la tuméfaction de la muqueuse et la présence de fausses membranes ne viennent renforcer le moyen de fixation normal.

Vous laissant à nouveau juge dans ce débat, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, de vouloir bien agréer l'hommage de mes sentiments dévoués.

Docteur A. Bonain,
Chirurgien adjoint de l'Hôpital civil de Brest (Oto-rhino-laryngologie).

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Des questions de terrain, hérédité, alcoolisme,... pour l'éclosion des maladies épidémiques. — Dr Foveau de Courmelles (2). — L'hérédité

(1) La série nouvelle composée de tubes en ébonite doublés de métal, comprend donc 7 tubes au lieu de 6. Le n° 3-4 est devenu le n° 3 et le numérotage de la série est devenu le suivant : No 1 — jusqu'à 1 an.
No 2 — de 1 à 2 ans.
No 3 — de 2 à 3 ans.
No 4-5 — de 3 à 5 ans.
No 6-7 — de 5 à 7 ans.
No 8-9 — de 7 à 9 ans.
No 10-12 — de 9 à 12 ans.

(2) Communication au Congrès des Sociétés savantes de Nancy, le 12 avril 1901.

et l'alcoolisme ne suffisent pas à eux seuls à préparer le terrain organique, à le rendre réceptible, il faut encore tenir compte des agents météoriques ambiants. D'ailleurs l'*hérédité* ne lègue, le plus souvent, que des prédispositions, et on la confond souvent avec la contagion dès l'œuf ou l'acquisition d'une même affection par la vie en d'identiques conditions des ascendants et des descendants. L'*alcoolisme*, souvent difficile à définir, n'a pas paru, malgré de nombreuses recherches, en relation directe avec les épidémies de variole et de fièvre typhoïde; pour la tuberculose, si fréquente, on peut invoquer, pour les cabaretiers par exemple où elle est si fréquente, tant d'autres causes de surmenage, de vie confinée au milieu de respirations malsaines... Le *surmenage* semble donc rester le plus grand élément de préparation du terrain organique à être contaminé par les épidémies.

Mais il reste les *éléments météoriques* de l'espace pour agir encore et d'une façon de plus en plus indéniable, l'ozone notamment; l'oxygène électrisé respiré avec l'air ambiant, très fréquent en 1889-90 et en 1900-1901 (1), a produit la plus grande mortalité grippale ces deux années, sans préjudice de l'état endémique existant depuis 11 ans, ayant eu des recrudescences, à la suite de deux expositions universelles, où l'électricité joua un très grand rôle.

Il conviendrait donc, en certains cas, de neutraliser l'ozone atmosphérique par des alcalis appropriés, ce qui serait des plus faciles.

Thyreoiditis acuta idiopathica (*Thyroïdite aiguë idiopathique*). — CARL STAMM (2). — A côté des thyroïdites secondaires à diverses infections (diphtérie, érysipèle, fièvre typhoïde, etc.), il y a des thyroïdites primitives. Un enfant deonze ans est pris de fièvre, de toux, avec gonflement de cou, dyspnée. Il y avait au cou une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, peu sensible, dure, couverte de peau normale. Au bout de deux jours elle diminuait et avait disparu au bout de huit jours. On ne retrouvait aucun antécédent morbide, et on dut admettre une thyroïdite aiguë idiopathique.

Un caso di morbo di Barlow o affezione scorbutiforme infantile in un bambino lattante (*Cas de maladie de Barlow ou affection scorbutiforme infantile chez un enfant au sein*), par le Dr FR. CIMA (3). — Garçon de six mois, de Naples, nourri au sein; la mère a peu de lait; il ne prend pas d'autre aliment. Un frère de deux ans est rachitique. Depuis plus d'une semaine, le 20 avril 1899, taches livides aux joues, puis aux avant-bras; l'avant-bras droit était gonflé et

(1) Dr FOVEAU DE COURMELLES, l'*Année électrique* de 1900. Béranger, éd. 330 pages. — Paris, 1901.
(2) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1900.
(3) *La Pediatria*, juillet 1900.

douloureux à la pression. La douleur s'est étendue aux articulations des membres inférieurs. Épistaxis à plusieurs reprises, pas de fièvre. Pâleur, mollesse ; deux ecchymoses de la grandeur d'un sou aux joues ; tache semblable à la paupière droite ; ecchymose à l'avant-bras droit ; diaphyse radiale gonflée et douloureuse ; gonflement de l'avant-bras gauche. Sang desséché à l'entrée des narines. Rien à la bouche.

A l'examen du sang : hémoglobine 40, hématies 4 790 000, leucocytes 14 358 (petits lymphocytes 41 p. 100, grands 17 p. 100, mononucléaires 21 p. 100, polynucléaires 12 p. 100, éosinophiles 1,4 p. 100, etc.). Culture du sang stérile. Urine normale.

Traitement : chlorhydrate de quinine (15 centigrammes en 2 fois), perchlorure de fer, lait de vache (1/4 à 1/2 litre). Au bout de dix jours plus d'ecchymoses, ni gonflement. Des nouvelles prises deux mois après il résulte que l'enfant était complètement guéri.

Infective character of pneumonia (*le caractère infectieux de la pneumonie*) (1). — HAMILTON WOOD. — On admet généralement aujourd'hui que la pneumonie est une fièvre infectieuse, et tout cas qui permet de contrôler cette assertion doit attirer l'attention des praticiens. Le public n'ignore plus la nature infectieuse de la phtisie, depuis que la presse et les autorités qui s'en occupent le lui ont fait savoir ; mais il est sûr que peu de monde sait que la pneumonie est aussi infectieuse. Ce n'est que lorsqu'ils auront vu dans leur entourage ou dans leur famille deux ou trois personnes succomber à cette maladie qu'ils commenceront à en être convaincus.

Alors que j'exerçais dans un des districts manufacturiers du comté de Lancashire, j'ai eu l'occasion de voir de nombreux cas dans lesquels plusieurs membres de la même famille étaient atteints en même temps de pneumonie, et où l'un ou l'autre y succombait.

1re *Observation*. Je fus appelé à voir un enfant dont le grand-père, à ce que l'on me dit, était mort de pneumonie trois jours auparavant. L'enfant présentait de la bronchite ; mais je ne pus trouver aucune trace de pneumonie. Le lendemain la mère de l'enfant devenait très malade, avec une température de 39°5 : je pensais à la pneumonie, et je constatai qu'elle était atteinte de pneumonie lobaire. Quelques jours après, l'enfant avait une pneumonie évidente : leur maladie fut très grave ; néanmoins l'un et l'autre guérirent. Dans cette famille, le père d'abord contracta la maladie, puis sa fille qui le soignait, et enfin son garçon.

2e *Observation*. Dans une maison, la mère était atteinte de pneumonie, et elle succomba le 4e jour de la fièvre. Un jour auparavant le mari tomba malade, eut une pneumonie à laquelle il suc-

(1) *British med. Journal*, 23 février 1901.

comba rapidement. A la mort de leurs parents, les deux enfants furent emmenés chez leurs grands-parents et l'un des deux, le plus jeune, mourut de pneumonie 15 jours plus tard.

3e *Observation*. Un enfant était atteint de pneumonie. Sa mère, femme très nerveuse, voulut continuer à coucher avec lui malgré l'insistance que je mis à lui persuader qu'il y avait un danger à le faire, et elle ne tarda pas à succomber à la pneumonie.

Je pourrais citer d'autres cas ; mais je crois que ceux-ci sont suffisants pour montrer que la pneumonie est une maladie infectieuse et que les personnes appelées à soigner des pneumoniques doivent prendre toutes les précautions nécessaires pour empêcher la diffusion de cette maladie.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Traitement de l'otite moyenne aiguë commençante par les insufflations d'air (1). — M. A. COURTADE. — Lorsqu'un malade se plaint de douleurs très vives d'oreilles, douleurs dues à une otite moyenne subaiguë ou aiguë, et qu'à l'examen on ne fait que constater une injection très marquée de la membrane de Schrapnell et du manche du marteau, ou même de la membrane du tympan tout entière, mais sans altération de sa couche cutanée, le traitement le plus simple et le plus efficace consiste à pratiquer des insufflations d'air. Le plus souvent, dans les cas récents, une seule insufflation d'air suffit pour calmer les douleurs, rétablir l'ouïe et enrayer le processus inflammatoire.

S'il y a des sécrétions muqueuses abondantes, ce qu'annonce l'auscultation avec l'otoscope, il y a lieu d'y revenir à plusieurs reprises.

Il faut s'abstenir dans les cas suraigus où la perforation du tympan se produit en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Aniodol. — E. PÉRIER. — Ce corps, introduit dans la thérapeutique par le Dr SEDAN, résulte de l'association du triméthanal avec un dérivé de la série allylique, tous deux incorporés dans de la glycérine. C'est un antiseptique et un désodorisant de premier ordre, dont les applications sont nombreuses.

A 1/1000 et même à 1/2000, il stérilise n'importe quel milieu, et à 1/5000 au moins, et à 1/3000 au plus, il amène une désodorisation complète. Il ne faut pas l'employer pour le pansement des plaies à des doses trop élevées, car, tout en stérilisant, il dessèche ces plaies et les empêche de se cicatriser.

Pour la stérilisation des instruments et des mains, une solution à 1/5000 suffit. Pour les narines et la bouche, une solution à 1/3000 amène une désinfection complète. — Pour les plaies, les injections, les pansements, il faut débuter par le 1/4000. Enfin à

(1) Société de Thérapeutique, séance du 13 mars 1901.

1/3000, l'injection d'aniodol est un excellent traitement abortif de la blennorrhagie.

Aspirine (*Acide acétylsalicylique*). — E. Périer — Antirhumatismal agissant exactement comme l'acide salicylique, mais n'a pas ses propriétés irritantes sur la muqueuse stomacale et surtout ne se décompose qu'en présence du suc intestinal, ce qui explique l'absence de bourdonnements d'oreilles, douleurs gastriques, perte d'appétit qu'occasionne souvent l'acide salicylique. Mêmes doses que pour ce médicament dans de l'eau sucrée.

Pelvi support simplifié (1). — M. Frœlich a présenté à la Société de médecine de Nancy un pelvi-support simplifié. L'appareil se compose d'une tige en fer du volume du doigt qu'on introduit dans un trou pratiqué dans une table quelconque. La tige porte à 15 centimètres environ de son extrémité inférieure une œillette en tôle pour l'empêcher de s'enfoncer trop profondément dans le trou précité. Enfin, à des hauteurs variables de la tige, se trouvent des entailles qui permettent d'y introduire une petite plaque en tôle en forme de selle de bicyclette très réduite, sur laquelle se placent les ischions du malade. Cet appareil, outre sa simplicité, a l'avantage de faciliter l'application des appareils plâtrés pour coxalgie et pour luxation congénitale. La petite plaque en tôle qui sert de siège est incorporée dans l'appareil et on enlève le patient en même temps que la plaque, la tige restant en place, puis la plaque est retirée enfin très facilement du bandage plâtré.

Poulie à chape tournante pour extension continue. — M. Frœlich présente aussi une poulie à chape tournante dont il se sert depuis plusieurs années, soit pour les extensions continues, soit pour les appareils à poids de sa salle d'orthopédie. Elle se compose : 1° d'une chape tournante en fonte portant une roulette en cuivre; 2° d'une pièce demi-cylindrique en fonte ; 3° d'une vis à pression en fer. Les deux montants de la chape tournante dépassent de quelques centimètres la gorge de la roulette pour empêcher la corde de déraper.

Moyen simple pour faire disparaître les taches de rousseur. — E. Périer. — Soir et matin appliquer sur les taches de rousseur pendant 5 minutes un tampon de coton hydrophile imbibé d'eau oxygénée.

S'il y a irritation de la peau, on fera une onction avec de la lanoline, ou bien on lavera avec de l'eau boriquée chaude étendue d'un tiers de glycérine.

(1) Séance du 23 janvier 1901.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

LES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE DANS LES ÉCOLES DE LAUSANNE (1)

Par les Dr COMBE,

Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine, médecin des écoles de la ville de Lausanne;

Dr SCHOLDER et **Dr WEITH**

II. — *SCOLIOSES STATIQUES*

Les raccourcissements unilatéraux, les déviations des membres inférieurs peuvent produire des scolioses ; mais elles sont rares et faciles à reconnaître. On les désigne sous le nom de scolioses statiques. Elles peuvent provenir des articulations des os et des pieds plats.

A. *Des articulations* (coxalgie, luxations congénitales ou acquises mais irréductibles).

B. *Des os.* — Le raccourcissement pathologique d'une extrémité inférieure, une jambe de naissance plus courte que l'autre (et c'est surtout la gauche), produiront une inclinaison du bassin du même côté et une scoliose sinistro-convexe ; ou dextro-convexe si c'est la jambe droite qui est la plus courte.

S'il y a une différence de hauteur, on voit que le bassin, pour éviter la boiterie, s'incline du côté le plus court, et que le rachis s'incurve de ce même côté pour assurer l'équilibre, et cette incurvation ne pourra qu'augmenter avec les années.

Un chirurgien américain, Taylor, attribue 70 0/0 de toutes les scolioses à cette cause.

Une simple inspection peut suffire au médecin pour se rendre compte de cette anomalie. Que l'on place l'enfant sur un banc les deux pieds parallèles : si les deux plis fessiers sont à la même hauteur, les jambes sont égales ; si l'un est abaissé, la jambe

(1) Suite. Voyez le n° précédent.

correspondante sera plus courte. Il est évident qu'il faudra dans ce cas contrôler cette observation par les mensurations exactes des distances des épines iliaques aux malléoles externes.

Désirant savoir si l'opinion de TAYLOR est fondée et ne pouvant songer à déshabiller entièrement garçons et fillettes, nous avons chez tous mesuré la hauteur des deux épines iliaques antérieures et supérieures et contrôlé leur inclinaison avec le compas de Schulthess (Fig. 1.)

Les résultats obtenus ne sont pas favorables à cette opinion,

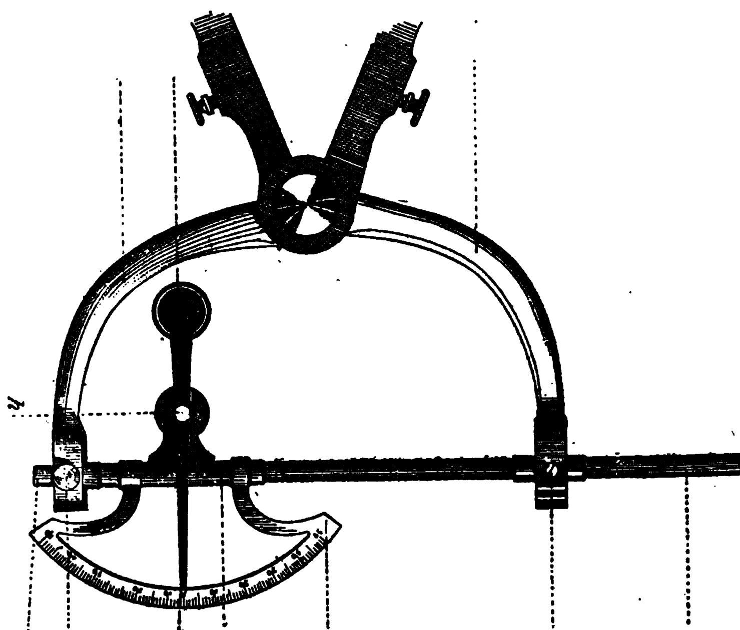


Fig. 1. — Compas de Schulthess.

car nous n'avons trouvé qu'un nombre excessivement petit de déviations ressortissant de cette cause :

Nombre. — 39 scolioses statiques sur 571 scolioses, soit 6.8 0/0, c'est-à-dire 10 fois moins que TAYLOR ne l'admettait.

Quant au sexe :

Garcons	12	statiques sur	274	scolioses,	4.4 0/0
Filles	27	—	297	—	9.1 0/0

Cette cause de scoliose, quoique rare, ne doit cependant pas être négligée, car le traitement en est extrêmement facile. Il suffit d'élever la chaussure d'autant de centimètres que comporte la différence des deux jambes. Cette élévation se fera sur la semelle et non sur le talon, ce qui est bien différent au point de vue es-

thétique. Ce n'est que quand la différence dépassera 3 cent. que l'on sera amené à élever le talon seul.

Mais cela n'est jamais nécessaire pour les différences de longueur spontanée des jambes, qui ne sont dues ni à des opérations portant sur l'os ou les jointures, ni à des paralysies infantiles, car la différence ne dépasse jamais ce chiffre de 3 centimètres.

Nous avons en effet dans nos écoles 5 cas de paralysie infantile portant sur les jambes ; tous ces enfants ont des scolioses qui auraient pu être évitées, si, dès le début, on avait surveillé la différence de longueur des jambes.

C. *Pieds plats.* — Roth de Londres a attiré l'attention sur le fait que très souvent les scolioses sont causées par le pied plat unilatéral.

Redard et Heusner, reprenant cette idée, affirment de leur côté que 59 0/0 au moins des scolioses sont dues au pied plat. On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, le mécanisme produisant cette variété de scoliose statique.

Cette pathogénie a tout naturellement fixé notre attention, car elle est des plus faciles à guérir, un simple coin dans la semelle suffisant pour effacer la scoliose.

Nous avons donc systématiquement, chez tous les garçons, examiné les pieds plats et pris leur empreinte ; les plus typiques ont été fixées sur papier noir.

Nous les avons divisés en pieds plats légers, moyens et forts.

Toute empreinte dans laquelle l'excavation n'arrive plus à l'axe qui partage le pied en deux parties égales (axe du soulier symétrique) est dit : pied plat léger.

Tout pied plat dans lequel l'excavation n'arrive plus à l'axe du gros orteil (axe du soulier hygiénique) est dit : moyen.

Tout pied plat dans lequel l'excavation arrive à la tangente du gros orteil est dit : fort.

Enquête sur les pieds plats.

1° *Nombre.* — 309 garçons sur 1290 ont des pieds plats, soit 23.9 0/0.

981 garçons sur 1290 n'ont pas les pieds plats, soit 76.1 0/0.

2° *Age* :

VII° classe,	115 garçons :	9 pieds plats ;	soit. . . .	7.8 %
VI	— 143	— 33	—	—	23.
V	— 234	— 74	—	—	31.6
IV	— 219	— 52	—	—	23.7
III	— 222	— 24	—	—	10 8
II	— 163	— 43	—	—	26.4
I	— 195	— 44	—	—	22.5

3° *Nature.* — De nos 309 pieds plats

200 ont les pieds plats doubles égaux :	64.8 0/0
19 — — inégaux :	6.2 0/0
90 — plat unilatéral :	29 0/0

4° *Côté.* — 259 pieds plats droits.
265 pieds plats gauches.

5° *Degré:*

	DROITE		GAUCHE	
Léger	145	56 %	151	57 %
Moyen	76	29.3	71	29.9
Fort	38	14.7	43	16.2

6° Pieds plats et scolioses.

Nombre. — De 309 pieds plats 82 sont scoliotiques : 26 0/0.
227 sont non scoliotiques : 73 0/0.

Degré : a) Sur 200 pieds plats doubles égaux on trouve :

57 scoliotiques.		28.5 %	
143 non scoliotiques		71.5	
b) Pieds plats doubles inégaux.	19		Pieds plats inégaux.
8 sont scoliotiques.	42 %		
11 sont non-scoliotiques.	58 %		
c) Pieds plats unilatéraux.	90		
17 sont scoliotiques.	18.9 %		
73 non scoliotiques.	81.1 %		

CONCLUSIONS.

1° 24 0/0 de nos enfants ont des pieds plats. Cette anomalie s'accentue d'abord jusqu'à 10 ans pour rester ensuite stationnaire, et cela pour tous les degrés.

2° L'enfant qui souffre de pieds plats est en général atteint des deux côtés 71 0/0, et 29 0/0 seulement le sont d'un côté.

3° Le pied plat n'est pas plus fréquent à gauche qu'à droite.

4° De nos pieds plats le quart seulement est scoliotique ; les trois autres quarts ne le sont pas. Ceci ne prouve pas l'influence du pied plat sur la scoliose puisque :

Sur 109 pieds plats doubles inégaux nous trouvons :
23.9 0/0 scoliotiques, soit un peu moins du quart,
et 76.1 0/0 non scoliotiques.

Sur 200 pieds plats doubles égaux nous trouvons :
28.5 0/0 scoliotiques, soit un peu plus du quart ;
et 71.0 0/0 non scoliotiques.

Or nous devrions trouver le contraire si le pied plat causait toujours la scoliose..

5° L'influence du pied plat inégal sur la production de la scoliose, sans être aussi importante que le croyait Roth, ne saurait être mise en doute. C'est ce que nous prouve le tableau suivant :

Sur 297 scolioses, il y en a :
215 qui ont des pieds normaux : 72.5 0/0
57 ont des pieds plats égaux : 19.3 0/0
25 ont des pieds plats inégaux : 8.4 0/0.

On le voit, l'influence des pieds plats sur les scolioses est des



Fig. 2. — Pieds plats :

Normaux Légers Moyens Forts



Fig. 3. — Courbure combinée chez une fille portant un fardeau sur la main gauche.

plus minime, car nous n'en trouvons que 8.4 0/0. Nous voilà bien loin des 59 0/0 de ROTH et de son école.

III. SCOLIOSES IDIOPATHIQUES.

Causes. — Actuellement la majorité des auteurs admettent l'explication pathogénique de ces scolioses proposée par HUTER, ROSER et VOLKMANN.

La théorie de la surcharge de ces auteurs et les troubles d'ossification qu'elle cause, semblent s'accorder aussi bien avec les faits observés et avec les lésions constatées sur le squelette vertébral déformé qu'avec l'âge et les occupations des sujets atteints de scoliose. Cette théorie admet que l'attitude vicieuse non équilibrée et asymétrique, quelle qu'en soit la cause immédiate, amène un déplacement latéral des pressions. Il en résulte qu'au lieu d'avoir dans chaque vertèbre une pression portant également sur toute la surface, il se forme un maximum de pression du côté de la concavité.

Or, sur tous les points comprimés la vitalité s'arrête ou diminue, elle s'exagère au contraire sur ceux où la compression est moindre. Les deux points d'ossification, supérieurs et inférieurs, sont donc anémiés du côté comprimé, et leur travail est diminué ou arrêté tandis que la partie de ce corps placée du côté de la convexité continue à s'accroître ou même exagère son processus d'ossification. Cet arrêt de développement ne saurait se produire sans déterminer du côté correspondant des raccourcissements et des atrophies ligamenteuses contrastant avec le développement normal ou même exagéré du côté opposé. On le voit, une fois la déviation commencée, elle ne peut que progresser, les causes pathogéniques devenant de plus en plus fortes.

Quant à la torsion qui accompagne presque toujours la scoliose, elle s'explique de la manière suivante, d'après V. MAYER, de Zurich. Les ligaments sont fibreux en avant sur le corps et élastiques en arrière sur les lames. Les lames et apophyses appuyées les unes sur les autres du côté de la concavité distendent fortement le ligament élastique du côté opposé. Cette action constante oblige les corps vertébraux à tourner sur eux-mêmes, et à dévier du côté de la convexité, tandis que les apophyses épineuses se dirigent du côté de la concavité.

L'attitude vicieuse, quelle qu'en soit l'origine, est donc la cause déterminante de toute scoliose, et cependant combien ne voyons-nous pas d'enfants — soumis à des attitudes vicieuses et qui ne deviennent jamais scoliotiques, car c'est heureusement le petit nombre qui présentent des courbures vertébrales. Il nous faut donc admettre qu'il existe à côté de cette cause déterminante un certain nombre de causes adjuvantes ou prédisposantes. Examinons successivement ces deux genres de causes.

A. *Causes prédisposantes.*

Ces causes sont nombreuses :

1° *L'anémie* et toutes les causes qui y conduisent, c'est-à-dire la mauvaise nourriture, le mauvais air, les mauvaises conditions hygiéniques :

Toutes ces causes diminuent la vitalité des os, favorisent les troubles d'ossification et par conséquent la production d'une scoliose.

2° *La faiblesse musculaire*, qui offre une moindre résistance à l'attitude vicieuse, favorise, elle aussi, l'inclinaison vertébrale.

3° *La croissance rapide* avec l'état de souffrance et d'affaiblissement général qu'elle produit, avec sa prédisposition aux congestions osseuses, offre un terrain tout préparé à la scoliose.

4° *Le rachitisme* ou ses résultats seraient pour Kirmisson, Girard de Berne, Schulthess de Zurich, non seulement une cause prédisposante, mais la cause déterminante principale, pour ne pas dire unique, des scolioses.

5° *Le myxœdème*, plus ou moins développé, tel que nous l'offre le goitre, et qui s'accompagne si souvent d'incurvations osseuses pseudo-rachitiques, nous a paru digne aussi d'être examiné.

6° Enfin l'*hérédité*, qu'elle soit directe ou indirecte, joue un rôle des plus importants, mais encore mal défini.

Hérédité directe. — Eulenbourg trouve sur 261 filles scoliotiques 69, soit 23 0[0 qui avaient des parents scoliotiques. Chez 67 c'étaient la mère ; chez 2, le père.

Hérédité indirecte. — Quant à la prédisposition héréditaire à une moindre résistance des os, telle qu'on l'observe souvent chez les enfants issus d'alcooliques, elle est plus que probable ; mais il est difficile de se rendre compte quelle est exactement son influence. Un fait est certain, c'est que la scoliose congénitale est rare. Coville (*Rev. orthop.* 96, p. 309) a examiné 1000 nouveau-nés et n'a trouvé qu'un seul enfant atteint de scoliose congénitale.

Il pense que les déviations observées à partir du troisième mois et souvent admises comme scolioses congénitales, doivent être mises sur le compte du rachitisme précoce.

B. *Causes déterminantes.*

Elles peuvent déjà agir pendant l'enfance, mais c'est surtout à l'âge scolaire qu'on les observe.

Enfance. — A cet âge, toutes les causes qui affaiblissent le système musculaire, bandes trop serrées, maillot trop étroit et par trop garrotté et toutes les causes qui diminuent la résistance du système nerveux, rachitisme et myxœdème, prédisposent aux incur-

vations vertébrales; mais celles-ci sont déterminées par les attitudes vicieuses suivantes :

Enfant porté toujours sur le même bras et penché sur la même épaule.

Enfant couché sur le même côté, ou attaché sur le même siège.

Enfant portant trop jeune des objets trop lourds. Toutes ces causes existent ; mais elles sont, en somme, rarement suffisantes pour déterminer des scolioses durables ; c'est ce que nous prouve avec évidence la statistique suivante due à EULENBURG.

Sur 300 scolioses qu'il a examinées, on trouve :

0-2 ans	2	ou	0.66 %	8.9 % enfance.
2-3 ans	3		1.0	
3-4 ans	8		2.66	
4-5 ans	5		1.6	
5-6 ans	8		2.6	
6-7 ans	71		23. —	88.6 % âge scolaire.
7-10 ans	159		53. —	
10-14 ans	38		12.6	
14-20 ans	7		2.3	3.4 % âge adulte.
20-30 ans	3		1.0	

Age scolaire. — Nous le voyons, les scolioses sont excessivement rares avant l'âge scolaire, puisqu'on n'en trouve que 89 0/0. Au contraire, 89 0/0 de toutes les scolioses se forment pendant que l'enfant va à l'école et doivent être attribuées à celle-ci ; aussi KOCHER nomme-t-il la scoliose une maladie scolaire. Pour bien comprendre la statistique d'EULENBURG, il faut savoir que l'âge d'entrée à l'école est 6 ans en Allemagne et non 7 ans comme chez nous.

En disant que les scolioses se développent surtout pendant l'âge scolaire, nous n'entendons pas affirmer que l'école seule est en faute : la maison y est pour une bonne part, comme nous le verrons dans la suite ; toutes deux favorisent les positions asymétriques. Mais que l'école n'ait qu'une participation légère à cette déformation, comme certains instituteurs veulent le faire croire, nous ne pouvons pas l'admettre non plus ; et c'est ce que prouve la statistique suivante due à KRUG de Dresde.

Cet auteur a examiné 200 enfants avant leur entrée à l'école : tous étaient indemnes ; 2 ans après, 43 étaient scoliotiques.

Age adulte. — Le nombre des scolioses n'augmente pas beaucoup dans l'âge adulte, et elles sont toujours dues à certaines attitudes professionnelles.

Résultats de l'enquête de Lausanne.

I. — *Nombre des scolioses.* — « Très fréquente, dit PIÉCHAUD, la scoliose compte pour un tiers dans les difformités observées, et nous pensons, d'après nos observations, que 1 ou 2 0/0 sont atteints parmi les écoliers. »

Cette assertion est-elle exacte ?

Notre enquête nous montre que nous avons dans nos écoles :

571 scolioses sur 2314 enfants, soit : 24. 6 0/0

Guillaume de Neuchâtel trouve :

218 scolioses sur 731 enfants, soit : 29. 0/0

Krug de Dresde trouve :

357 scolioses sur 1418 enfants, soit : 25. 0/0

Hagmann de Moscou trouve :

Sur 1664 filles examinées scolioses : 29. 0/0

Kallbach de Pétersbourg trouve :

Sur 2333 filles examinées, scolioses : 26. 0/0

Comme nous le voyons, suivant les villes, les résultats sont un peu différents, mais ils dépassent tous, à l'exception de Lausanne, le quart de la population scolaire. Or notre enquête a été faite de la même manière que celle de Dresde, de Moscou, de Pétersbourg (ces deux dernières chez les filles seulement), et nos chiffres se rapprochent beaucoup de ceux qui ont été trouvés dans ces villes, sans cependant y atteindre.

Ce chiffre est vraiment effrayant, surtout si l'on réfléchit qu'il se produit pendant et à cause de la période scolaire.

Sexe. — La plupart des orthopédistes admettent une énorme prédominance des scolioses dans le sexe féminin.

C'est ce que nous prouvent les statistiques suivantes :

Eulenburg.	87 %	filles	13 %	garçons
Ever.	93	—	7.	—
Ressch.	83	—	17.	—
Rocllike	80	—	20.	—
Roth.	91.5	—	8.5	—
Wildberger	84.1	—	15.8	—
Behrend.	86.2	—	13.4	—
Adam.	87.2	—	12.8	—
Scholder	85.2	—	14.8	—
Moyenne.	85.87	—	14.2	—

On le voit, en s'appuyant sur un nombre considérable de statistiques, on serait tenté d'admetre que les filles sont 10 fois plus atteintes de scolioses que les garçons. Mais ces chiffres sont loin d'indiquer la proportion exacte, et voici pourquoi. La scoliose est surtout regardée par les parents comme un défaut d'esthétique. Il est donc naturel que ce soit surtout pour les filles que l on consulte le médecin, car leur costume trahit beaucoup mieux la difformité que celui des garçons.

Mais si l'on examine *tous les enfants* des écoles indistinctement, filles et garçons, au point de vue des scolioses, on trouve une proportion tout autre que celle que nous indiquent les orthopédistes.

Krug de Dresde avait déjà trouvé :

Sur 695 *garçons* 181 scolioses : 26, 0/0
Sur 723 *filles* 163 scolioses : 22,5 0/0

La différence entre les deux sexes est donc beaucoup moins grande que ne l'admettent les orthopédistes ; elle est même ici renversée, les garçons étant à Dresde plus déviés que les filles.

Nous avons trouvé à Lausanne :

Sur 1270 *garçons* 297 *scolioses* : 23. 0 0/0
Sur 1024 *filles* 274 : — 26. 7 0/0

Ajoutons que deux des premières classes de filles qui présentent le plus grand nombre de scolioses n'ont pas pu être examinées, ce qui a abaissé d'autant la proportion.

CONCLUSIONS :

Dans les écoles primaires où le piano, la broderie, la peinture ne viennent pas s'ajouter aux fatigues de l'école, comme dans les écoles supérieures de jeunes filles, la proportion des scolioses est à peu près la même chez les filles que chez les garçons.

Ceci déjà incrimine l'école, car cela nous montre que les causes déterminantes des scolioses doivent être les mêmes pour les filles que pour les garçons, alors que les causes dites prédisposantes, anémie, faiblesse de la musculature, restes de rachitisme, croissance, sont bien différentes suivant les sexes, comme nous le verrons.

Mais, direz-vous, jusqu'à présent vous n'avez apporté aucune preuve décisive de l'action nocive de l'école. Ces preuves nous sont fournies par les tableaux suivants :

Age :

FILLES							GARÇONS				
8 ans	sur	103 filles		10 scolioses		9.7 %	115 garçons		9 scolioses :		7.8 %
9	—	114	—	23	—	20.1	143	—	24	—	16.7
10	—	174	—	38	—	21.8	234	—	43	—	18.3
11	—	185	—	57	—	30.8	219	—	53	—	24.2
12	—	149	—	45	—	30.2	221	—	60	—	27.1
13	—	191	—	72	—	37 7	163	—	43	—	26.3
[illegible]	—	108	—	29	—	26.82	195	—	65	—	33.3

Nous le voyons, le nombre des scolioses augmente avec celui des années.

La seule exception est le chiffre de 14 ans filles, qui s'explique par le fait que 2 classes n'ont pu être examinées.

Krug à Dresde a trouvé le même résultat :

FILLES		GARÇONS			
8-10 ans. . .	17.0 %	11 %	après	2	ans d'étude
10-11 — . .	17.5	16.5	—	3	—
11-12 — . .	21.0	28	—	4	—
12-13 — . .	20.5	27.5	—	5	—
13-14 — . .	31.0	35	—	6	—
14-16 — . .	31.5	32.5	—	7	—

Dans les deux statistiques, chose curieuse, il y a un arrêt à

12 ans, ce qui est à noter, sans que l'explication soit facile à trouver.

Classes			*Scolioses*			*Myopies*
Toutes les VII. 218	enfants présentent	19	= 8.7 %	scolioses	et 3 %	myopies.
— VI. 257	—	47	18.2	—	4.5	—
— V. 408	—	81	19.8	—	5.2	—
— IV. 404	—	110	27.2	—	6.	—
— III. 370	—	105	28.3	—	8.5	—
— II. 354	—	115	32.4	—	13.7	—
— I. 304	—	94	31.0	—	19.4	—

Ici la progression est constante. A mesure que l'on examine une classe supérieure, le nombre des scolioses augmente progressivement.

Il est curieux de rapprocher de ces chiffres ceux que nous avions trouvés dans une enquête faite avec M. le Dr Eperon sur la myopie, dont l'origine scolaire ne fait plus un seul doute. La progression n'y est pas plus manifeste. V. Combe : Résumé d'hygiène scolaire, p. 88.

Collèges.					
Saint-Roch	avec 468	enfants nous donne	132	scolioses.	= 28.2 %.
Villamont	— 734	—	188	—	25.6
Beaulieu	— 701	—	177	—	25.2
Ouchy	— 411	—	74	—	18.

L'influence scolaire devient indéniable lorsque l'on examine le nombre des scolioses suivant les collèges : le nombre diminue en effet avec l'amélioration des conditions hygiéniques de nos quatre bâtiments scolaires, et si nous avions à les classer au point de vue de l'hygiène, nous aurions fait exactement cette même gradation.

C'est ce que prouve le tableau suivant :

	Myopies	*Surface vitrée p. classe.*
Saint-Roch . .	8.1 %	15 mètres carrés.
Villamont . .	6.5	19 m², 0.
Beaulieu. . . .	pas construits	21 m², 25.
Ouchy	lors de l'enquête	21 m², 25.

On le voit, le tableau des myopies et de la surface vitrée présente le même rang que celui qui nous est donné par le nombre des scolioses.

II. *Genre de déviation.*

Nombre. — Dans nos 571 scolioses nous avons :

Gauches	401 scolioses, soit :	70.3 0/0
Droites	121 —	21.1 0/0
Combinées	49 —	8.6 0/0.

En d'autres termes, nos 24.6 0/0 scolioses se décomposent comme suit :

	17.2 0/0 sinistro-convexes
—	5.2 0/0 dextro-convexes
—	8.5 0/0 combinées.

Nous le voyons, les scolioses gauches prédominent dans nos écoles. Il y en a à peu près quatre fois plus que de droites. Cette scoliose en C correspond, en effet, exactement, comme nous le verrons, à l'attitude favorite des enfants qui écrivent, ainsi que Meyer à Furth et Séhenk à Berne ont pu le démontrer. Voilà encore une preuve, s'il en était besoin, de l'influence prépondérante de l'école dans l'étiologie de la scoliose.

Cette prédominance de la scoliose gauche paraît être un fait général : nous n'en voulons pour preuve que le tableau suivant dû à Krug de Dresde :

Il trouve sur 344 scolioses :

231	scolioses gauches, soit :		67 0/0
72	—	droites	21 0/0
41	—	combinées	12 0/0

Chiffres qui correspondent presque absolument aux nôtres.

Sexe. — *Filles* : sur 274 scolioses on en trouve :

Gauches	186, soit :	67.9 0/0.
Droites	60, soit :	21.9 0/0.
Combinées	28, soit :	10.2 0/0.

Garçons : sur 297 scolioses on en trouve :

Gauches	215, soit :	72.4 0/0.
Droites	61, soit :	20.5 0/0.
Combinées	21, soit :	7.1 0/0.

Chez les filles, la proportion des scolioses droites aux scolioses gauches est différente de celle des garçons. Elle est de 1 sur 3 chez les filles, et seulement de 1 sur 4 chez les garçons.

Krug a trouvé la même chose à Dresde, où elle est de 1 sur 2 chez les filles (45 : 95) et de 1 sur 5 chez les garçons (27 sur 136).

Or, si l'école est la coupable, nous ne devrions pas trouver entre les sexes de différence dans le genre de déviation, car le nombre des heures de classe et des leçons à la maison est le même pour les deux sexes. La raison en est probablement à rechercher dans ce fait que les filles portent souvent leurs petits frères et sœurs sur le bras, et généralement, comme on l'observe chaque jour et cela fort heureusement pour elles, sur le bras gauche, pour avoir le bras droit libre. Il en résulte un déplacement du centre de gravité et une inclinaison de la colonne vertébrale sinistro-convexe dans la région lombaire, compensée par une scoliose dorsale dextro-convexe, qui contrebalancent ainsi la déviation habituelle totale qui est sinistro-convexe ; c'est le contraire qui arrive si elles portent le fardeau sur le bras droit. (Voyez la planche.)

Il en est de même de l'habitude qu'ont les jeunes filles de porter leur sac d'école avec la main gauche. Ces deux causes, qui peuvent à elles seules produire des scolioses, sont plutôt favorables au point de vue scolaire, car elles tendent à modifier la déviation scolaire par excellence : la sinistro-convexe.

Ages :	*Gauches*		*Droites*	
	Garcons	*Filles.*	*Garçons*	*Filles*
8	5.2 %	6.8 %	1.7 %	2.9 %
9	12.5	13.1	4.1	4.3
10	13.7	16.6	3.8	4.
11	14.6	23.8	7.8	3.7
12	22.1	16.	3.6	10.7
13	19.6	32.9	4.2	9.8
14	24.1	20.3	6.1	2.7

Classes.	*Gauches.*	*Droites.*
VII.	5.9 %	2.3
VI.	12.8	4.2
V.	14.4	3.9
IV.	18.8	5.7
III.	19.7	6.4
II.	21.7	7.3
I.	22.7	4.9

Tandis que les scolioses gauches augmentent progressivement de la VIIe à la Ire, les droites augmentent beaucoup moins fortement, pour éprouver, à partir de la IIIe, une notable poussée due tout spécialement aux filles.

III. *Nature de la scoliose.*

De nos 24.6 de scolioses:

Totale	gauche. .	11.8	droite	1.9	13.8 %
Dorsale	— . .	2.1	—	1.	3.0
Lombaire	— . .	2.9	—	2.1	5.0
Sacrum oblique	— . .	0.13	—	.09	0.50
Combinée	— . .	—	2 1		

Si par contre, et pour mieux préciser, nous prenons le pourcentage sur la totalité des scolioses, nous obtenons le tableau suivant :

De nos 571 scolioses nous avons :

	Gauches	*Droites*	*Total*
Totales.	48.1 %	7.8 %	56 %
Dorsales.	8.4	4.3	12.7
Lombaires.	11.9	8.5	20.4
Sacrum oblique. . .	1.7	0.3	2
Combinées.	8.5 %		8.5

Nous voyons donc que la grande majorité de nos scolioses sont des scolioses totales dites scolaires, et que c'est surtout sur les totales que se montre la différence notable entre les dextro et sinistro-convexes, qui est de 1 à 7, alors que les scolioses partielles nous donnent ordinairement 1 à 1 ou une seule fois du 1 à 2.

Sexe :

	De nos 23.6 % scolioses. GARÇONS.		De nos 26.7 % scolioses. FILLES.	
	gauche	*droite*	*gauche*	*droite*
Totale.	12.2 %	2.2 %	11.4 %	1.5 %
Dorsale.	2.	1.1	2.1	0.9
Lombaire.	1.8	1.3	4.2	3.1
Sacrum oblique. . .	0.5	—	0.2	0.2
Combinée.	1.6 %		2.7 %	

Si nous prenons le pourcentage par rapport aux scolioses, nous obtenons :

	GARÇONS 297 scolioses.			FILLES 274.		
	gauche	*droite*	*total*	*total*	*droite*	*gauche*
Totale.	53.1 %	9.7 %	62.8 %	42 7 %	5.8 %	48.5 %
Dorsale.	8 8	5.	13.8	8.	3.6	11.7
Lombaire.	8 —	5.8	13.8	16.	11.7	27.7
Sacrum obl	2.3	—	2.3	1.	— 8	1.7
Combinée.	7 %	7 %		10.2 %		10.2

CONCLUSIONS.

1° Les scolioses totales dites scolaires sont, chose étrange, beaucoup plus fréquentes chez les garçons que chez les filles, dans une proportion de 1 à 3.

2° Les scolioses dorsales sont à peu près égales chez les filles et chez les garçons, quoique prédominantes encore chez ces derniers.

3° Par contre, et c'est là un résultat au premier abord très surprenant, les scolioses partielles sont beaucoup plus souvent constatées chez les filles que chez les garçons, ce qui tient essentiellement à l'extraordinaire prédominance des scolioses lombaires.

Or, si nous nous souvenons que les fardeaux agissent tout spécialement sur la colonne lombaire, nous serons fortement tentés d'attribuer ce phénomène au fait que les filles portent plus de fardeaux que les garçons. Cette conclusion deviendra presque une certitude si nous envisageons l'augmentation considérable des scolioses lombaires sinistro-convexes : celles-ci sont 50 0/0 de plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, et doivent être attribuées au fait que ces dernières utilisent plutôt le bras gauche pour porter leurs frères et sœurs, ou les fardeaux tels que paniers, livres d'école, etc...

Classes.

	GARÇONS 23.6 %					FILLES 26.7 %				
	Comb.	*totale*	*dorsale*	*lomb.*	*sacr.*	*Comb.*	*totale*	*dorsale*	*lomb.*	*sacr.*
VII.	0.8 %	4.3 %	—	2.6 %	—	0	6.8	2.9	0	0
VI.	—	11.1	2.7 %	2.7	—	2.6 %	13.5	0.	4.3	0
V.	1.2	11.9	3.8	1.2	—	1.1	12.	1.5	7.4	0
IV.	1.8	12.3	3.2	4.5	2.2	3.2	13.	3.2	10.8	1.1
III.	1.3	17.1	5.4	2.7	0.4	3.3	10.7	4.	10.7	1.3
II.	2.4	17.7	1.8	3.6	0.6	4.1	17.8	6.8	7.8	1.0
I.	3.7	22.5	3.	4.6	—	3.7	14.8	1.8	6.4	0.

Age :

	Combinée	*totale*	*dorsale*	*lombaire*	*Sacrum oblique*
8	0.4 %	5.5 %	1.3 %	1.3 %	0
9	1.1	12.	1.5	3.4	0
10	1.2	11.7	2.6	3.9	0
11	2.4	12.6	3.2	7.4	1.4 %
12	2.1	14.5	4.8	5.9	0.8
13	3.3	17.7	4.5	5.9	0.8
14	3.3	17.4	2.4	5.2	0

Comme nous le voyons, les scolioses totales ne suivent pas la même progression chez les filles que chez les garçons: ce qui vient une fois de plus prouver notre hypothèse de l'influence favorable qu'exercent les travaux du ménage sur la correction de cette scoliose.

Tout ce qui charge le bras gauche : le port d'un enfant, d'un panier de marché, etc., modifie la scoliose gauche totale, et c'est pour cela qu'à l'école primaire nous trouvons cette diminution dans leur nombre. Dans l'école secondaire, ces causes sont beaucoup moins fréquentes ou manquent complètement: aussi les scolioses totales y sont-elles beaucoup plus souvent constatées :

IV — *Degré de la scoliose* :

Nombre.

De nos 571 scolioses nous avons :

311 au-dessous de 10 mm.	54.4 %
211 de 10-15 mm.	36.8
34 de 15-20 mm.	5.9
10 de 20-25 mm.	1.7
4 de 25-30 mm.	0.7
5 de plus de 30 mm.	0.1

Sexe :

GARÇONS 297			FILLES 274	
%	Scolioses	degré	%	Scolioses
171 scolioses	57.5 %	1 à 10 mm.	51.2 %	140
102	34.3	10 à 15	39.9	109
18	6.6	15 à 20	5.8	16
6	0.2	20 à 25	1.4	4
		25 à 30	1.4	4
		plus de 30	0.03	1

Le degré de nos scolioses diminue très rapidement à partir de 15 millimètres. Il n'y a guère que le 8 0/0 qui dépasse cette limite.

Cette constatation se retrouve aussi bien chez les garçons que chez les filles; cependant les scolioses accentuées sont plus fréquentes dans le sexe féminin.

Classes.

GARÇONS ET FILLES

Degré	0 10 mm.		10-15		15-20		20-25		25-30		30-50	
Classes.	G.	F.	G.	F.	G.	F.	G.	F.	G.	F.	G.	F.
VII.	3.4%	7 8%	4.3	0 9		0.9						
VI.	10.4	10.5	5.5	9.6	0		0 6					
V.	9 3	12.6	7.2	8.6	1.2%	0 5						
IV.	15 9	15.5	7.7	15 0	0.4	0.5						
III.	15.3	18 7	9.4	6.7	1 8	3.3	0.4	1.3				
II.	17.4	16 2	6 7	16 7	1.2	2.5	0.2	0.5		1.0 %		0.5%
I.	16.9	10.1	11.2	11.1	4.1	2.7	1.0	0 9		1.8		0

Age.

Degré de la scoliose d'après l'âge après l'élimination des rachitiques :

Degré	0-10m.	10-15	15-20	20-25	25-30	30
8 ans	1.8 %	1.8 %	0.	0.	0.	
9	0.7	5.0	0.	0.3 %	0.	
10	7.1	6.3	0.9 %	0.	0.	
11	13.6	9.1	0.2	0.	0.	
12	14.5	7.8	2.4	0.8	0.	
13	15.2	11.5	1.9	0.5	0.5 %	0.2 %
14	14.1	10.5	3.6	0.9	0.6	

Le degré de scoliose augmente avec l'âge et le séjour à l'école, mais seulement jusqu'à 20 mm. A partir de ce chiffre il n'y a plus aucune régularité, en sorte que nous ne pouvons plus en affirmer l'origine scolaire.

Serait-elle alors, pour ces cas graves, toujours d'origine rachitique, comme l'assure Schulthess, c'est ce que nous allons rechercher d'après les degrés de nos scolioses rachitiques.

Degré de la scoliose d'après l'âge chez les rachitiques seuls :

	0-10	10-15	15-20	20.25	25-30
8 ans	3.6 %	0.9 %	0.4 %	0.	0.
9	0.7	2.3	0.	0.	0.
10	3.6	1.7	0.	0.	0.
11	1.9	1.9	0.2	0.	0.
12	2.1	0.5	0.	0.	0.
13	1.4	0.5	0.	0.2 %	0.
14	0.3	0.6	0.	0.	0.

La comparaison de ces deux tableaux n'est pas favorable à cette manière de voir. Nos scolioses fortes ne présentent, pour la plupart, aucun symptôme de rachitisme.

Asymétrie thoracique.

Nous voulons, pour être complet, ajouter ici les résultats de notre enquête sur les asymétries thoraciques. Nous n'insisterons pas sur ces faits, ayant déjà relevé l'influence qu'exerce la scoliose sur le thorax et sur sa symétrie. Ces asymétries mesurées avec le « torsiomètre » Schulthess, fig. 4.

Nombre. — Sur 2314 enfants, 490 thorax asymétriques, soit 21 0/0.

Sexe :	*Garçons*	278 asymétriques.	21.5 %
	Filles	212 —	20.6 %

Age.	*Garçons.*	*Filles.*
8	6.0 %	9.6 %
9	13. %	18.6
10	18.7	17.3
11	22.7	27.1
12	29.4	24.3
13	26.3	26.7
	25.1	20.3

Classes.		*Collèges.*	
VII.	7.7 %		
VI.	15.9	Saint-Roch.	25.2 %
V.	18.3	Villamont	20.5
IV.	22.5	Beaulieu	23.6
III.	27.8	Ouchy	12.8
II.	26.5		
I.	24.3		

Nous retrouvons donc ici la même progression que nous avons obtenue avec la scoliose. Les asymétries thoraciques augmentent

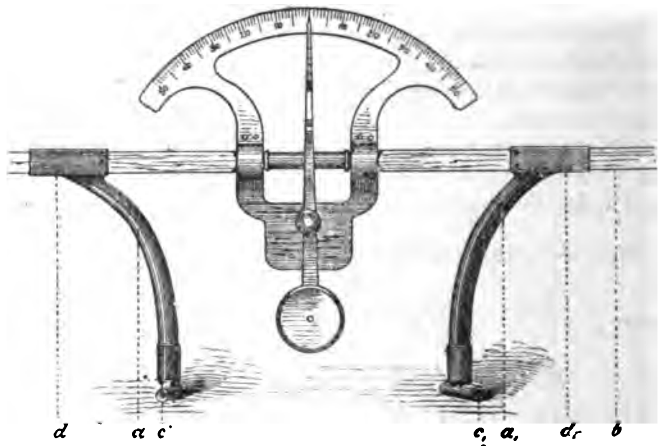


Fig. 4. — Torsiomètre Schulthess.

avec l'âge scolaire et les classes, et sont moins nombreuses dans les bâtiments scolaires répondant à toutes les exigences de l'hygiène.

Nature des asymétries thoraciques :

Nombre.

Gauches 7.1. *Droites* 14.0.

Sexe.	*Gauches.*	*Droites.*
Garçons	8.5 %	15.6 %
Filles	8.6	12.

Age :

	FILLES.		GARÇONS.	
	G.	*Dr.*	*G.*	*Dr.*
8	3.8 %	5.8 %	0.8 %	5.2 %
9	7.2	11.4	4.1	9.7
10	9.2	8.6	5.9	19.3
11	9.1	12.9	5.	18
12	10.1	14.2	6.7	22.5
13	9.4	17.2	9 1	17
14	10.1	10.1	7.6	17.3

Class s.	*Gauche.*	*Droite*
VII.	1.8 %	5.9 %
VI.	5.4	10.5
V.	7.3	11 0
IV.	6.8	9.1
III.	8.1	19.1
II.	9.3	17.2
I.	8.15	14.8

II. *Discussion des causes des scolioses constatées dans notre enquête.*

Nous avons, dans un premier chapitre, examiné la scoliose en général et ses causes prédisposantes et déterminantes. Nous avons

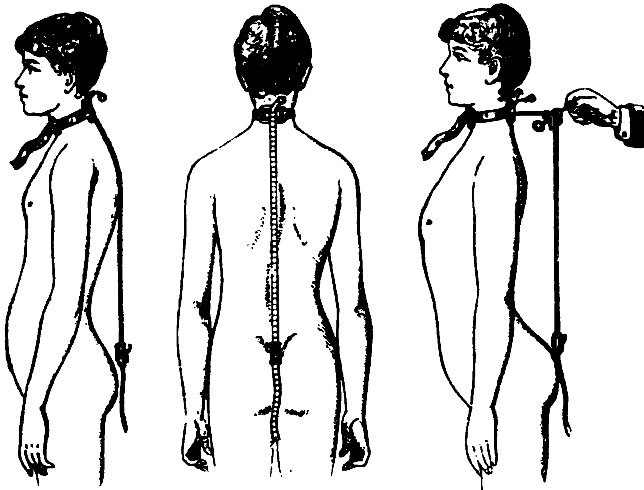


Fig. 5. — Appareil Bealy Ruchofer.

ensuite étudié les scolioses constatées dans nos écoles primaires de Lausanne, et nous avons été amenés à conclure qu'elles étaient en grande partie d'origine scolaire. Il nous reste maintenant, pour étayer notre opinion, à rechercher s'il y a des causes étrangères à l'école qui produisent des scolioses ou tout au moins qui y prédisposent, et ensuite à étudier les raisons pour lesquelles l'école peut déterminer une scoliose :

A. *Causes prédisposantes* :

Hérédité. — Nous avons vu que nombreux sont les auteurs qui incriminent l'hérédité directe ou indirecte dans l'étiologie des scolioses. Nos recherches n'ont pas porté sur ce point spécial : ce n'est pas un oubli, mais on comprend combien une enquête sur les conditions héréditaires est difficile, pour ne pas dire impossible, dans une école : aussi avons-nous d'emblée décidé de laisser cette question de côté.

2° *Anémie.* — On a pendant longtemps voulu expliquer les

déviations de la colonne vertébrale par l'anémie et la mauvaise nutrition qui en résulte. Il est certain que la vie scolaire avec le sommeil insuffisant qu'elle cause, avec l'intoxication lente par l'air prérespiré qu'elle produit, il est constaté que la nourriture mal comprise ou insuffisante, que le manque d'hygiène à la maison sont des causes importantes de la grande diffusion de l'anémie parmi la jeunesse scolaire. Il est indéniable, d'un autre côté, que la faiblesse générale engendrée par l'anémie peut favoriser la production des scolioses.

Mais cette anémie est-elle suffisante, comme quelques auteurs le veulent, pour déterminer toutes les déviations vertébrales constatées dans les écoles ? C'est ce que notre statistique va nous démontrer :

Nombre. — Nous trouvons dans nos écoles :

Enfants normaux.	1765	76.2 %
Pléthoriques.	6	0.2
Anémiques.	543	23.4
Scolioses.	571	24.6

A première vue, l'analogie de ces chiffres de 23. 4 0/0 anémiques et 24 6 0/0 scoliotiques semblerait parler en faveur de l'action directe de l'anémie sur la production des scolioses; mais il n'y a là qu'une simple coïncidence, ainsi que nous allons le voir.

Sexe. — Chez	291 garçons	22.5 0/0 anémie et	23.0 0/0 scol.	
—	252 filles	24.6 0/0 —	26.7 0/0	—

L'anémie comme la scoliose est plus fréquente chez les filles que chez les garçons; mais encore ici ce n'est pas une raison pour conclure de l'un à l'autre, car si nous classons nos anémiques par collège ou quartier de ville, nous trouvons :

	Anémies			*Scolioses*	
Saint-Roch	121 anémies,	soit	25.8 %.	Scolioses	28.2 %
Villamont	186	—	25.3	—	25.6
Beaulieu	167	—	24.1	—	25.2
Ouchy	67	—	16.3	—	18

Nous voyons qu'en ville nos trois collèges ont, à peu de chose près, le même nombre d'anémiques, soit : 25 0/0, et qu'Ouchy, notre école située un peu en dehors de la ville, en a 16 0/0. Il n'en est pas de même des scolioses dans ces écoles. En effet, les scolioses sont plus nombreuses à Saint-Roch, notre plus ancienne école, dans laquelle l'éclairage et le mobilier laissent à désirer, et diminuent dans les nouveaux bâtiments où ces conditions sont plus parfaites.

Ceci nous paraît déjà prouver combien peu l'anémie peut être invoquée comme cause essentielle de la scoliose. Cette allégation sera enfin hors de doute si nous recherchons combien nos anémiques nous fournissent de scolioses:

Sur 543 anémies nous avons :	145 scolioses	26.7 0/0
et	398 sans scol.	73.3 0/0

Sur 6 hyperémiques nous avons	3 scolioses 50	0/0
et	3 sans scol. 50	0/0

Sur 1765 enfants non anémiques nous trouvons :

	423 scolioses. 24	0/0
et	1342 sans scol. 76	0/0

Ceci nous prouve l'influence excessivement faible de l'anémie sur les scolioses, car il n'y a que 2 0/0 de plus de scolioses chez les anémiques que chez ceux qui ne le sont pas. La même constatation a été faite dans d'autres pays.

Krug à Dresde a trouvé :

153 scolioses chez enfants anémiques.

183 scolioses chez enfants forts et vigoureux.

Nous pouvons con lure que si l'anémie exerce une influence prédisposante certaine sur l'étiologie de la scoliose, son influence déterminante est plus douteuse.

3° *Faiblesse musculaire.*

La faiblesse musculaire générale et spécialement celle des muscles du dos a été invoquée à maintes reprises par Petit, Piéchaud, comme une des causes importantes de déviation vertébrale. Notre attention a donc tout naturellement été portée de ce côté-là, et voici ce que nous avons trouvé :

Nombre : Sur 2314 enfants nous trouvons :

1371 à muscles normaux :	59.2 0/0
518 à muscles faibles :	22.3
425 à muscles forts.	18·3
Or les scolioses étaient de :	24.6 0/0

Sexe : Sur 1290 garçons il y avait :

Muscles normaux.		*musc. faibles.*		*musc. forts.*		*scoliose.*
765	59.3 %	315	24.4	210	16.2	23.0 %

Sur 1024 filles il y avait :

Muscles normaux.		*musc. faibles.*		*musc. forts.*		*scoliose.*
606	59.1	203	19.8	215	20.9	26.7 %

La musculature faible est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et nous observons le contraire pour les scolioses.

Collèges.	*Enfants à musc. faible.*		*Scolioses.*
Saint-Roch	110 =	23.4 %	28.2 %
Villamont	178	24.2	25.6
Beaulieu	142	20.2	25.2
Ouchy	88	21.4	18.

On le voit, la moyenne de la vigueur musculaire est presque la même dans les différents bâtiments d'école (le nombre des heures de gymnastique et de jeux scolaires étant partout identique), et cependant la proportion des scolioses est extrêmement différente.

Cette impression devient encore plus nette lorsque l'on examine combien de scolioses se trouvent chez les enfants à musculature faible.

Sur 518 enfants à musculature faible nous avons :

130 scolioses soit 25.1 0/0
388 sans scoliose, soit 74.5 0/0

Sur 425 à musc. forte nous trouvons :

133 scolioses 31.3 0/0
292 sans scoliose 68.7 0/0

Sur 1371 à musculature normale nous trouvons :

308 scolioses, 22.4 0/0
1063 sans scoliose 77.6 0/0

Nous arrivons à la conclusion que la scoliose est plus fréquente chez les enfants forts et bien musclés que chez les enfants à musculature grêle, fait qui avait déjà été constaté par Krug à Dresden.

L'explication de ce fait singulier nous est donnée par le tableau suivant qui compare à ce point de vue les filles et les garçons :

Sur 315 garçons	à musc.	faible	82	scolioses	26 0/0
Sur 302 filles	—	—	48	—	23 0/0
Sur 210 garçons	à musc.	forte	62	—	27 0/0
Sur 215 filles	—	—	71	—	33 0/0

Nous le voyons, c'est surtout chez les filles fortes et bien musclées, bien plus que chez les garçons, que s'observe la scoliose. Or ce sont elles surtout qui portent à la maison leurs frères et sœurs et qui font les commissions. Chaque fois que nous les avons interrogées, nous avons obtenu une réponse comprenant ce fait.

Concluons donc. Le développement de la musculature et de la vigueur qui en résultent n'oppose pas un obstacle absolu au développement des courbures vertébrales, et la faiblesse musculaire n'est pas non plus une cause certaine de déviation. Nous avons pu voir en effet de nombreux enfants bien musclés et déviés, et par contre de nombreux autres grêles et émaciés sans déviation. Encore ici, il ne s'agit que d'une cause prédisposante et rien de plus.

4. *La croissance.* — Nous avons pu démontrer, dans nos travaux antérieurs (1), que les époques de poussée de croissance sont des époques de prédisposition aux maladies. Aussi la croissance et l'état de souffrance et d'affaiblissement qu'elle entraîne chez certains sujets doit-elle constituer une cause importante de courbure scoliotique. Nombreux sont les cas d'enfants à poussée rapide chez

(1) Comb. Zeitschrift f. Schwitz, Gesundheitspflege, 1896, p. 688.

lesquels nous avons trouvé des scolioses. Mais là encore notre statistique va nous démontrer que la poussée de croissance n'est pas la cause principale des scolioses, mais seulement une des nombreuses causes prédisposantes, une des plus importantes il est vrai.

Dans notre pays la poussée de croissance est différente chez les filles et chez les garçons.

	GARÇONS.		FILLES.	
Age	*scoliose*	*croissance*	*scoliose*	*croissance*
8 ans	7.8 %	4.9 cm.	9.7 %	4.9 cm.
9	16.7	4.7	20.1	4.9
10	18.3	4.4	21.8	4.9
11	24.2	4.1	30.8	5.4
12	27.1	4.4	30.2	5.5
13	26.3	4.6	37.7	5.1
14	33.3	5.	26.8	5.
15		7.		4.
16		6.		2.
17		5.		2.

Nos mensurations sur la croissance dans nos écoles primaires reposent sur plus de 10.000 mensurations.

Chez les *garçons* on peut distinguer deux périodes : la première dure jusqu'à 13 ans. Pendant cette période la croissance diminue chaque année et son minimum se trouve dans la 12e année

La seconde période ou période de puberté commence à 13 ans et continue jusqu'à 17 ans ; elle est caractérisée par une croissance considérable, qui peut aller jusqu'à 7 cm. par an et qui atteint son maximun à 15 ans.

La marche des scolioses dans la première période ne ressemble en rien à celle de la croissance. Dans la 2e nous ne pouvons pas en juger, les garçons ayant déjà quitté l'école.

Cependant nous remarquons qu'à ce moment le pour cent des scolioses fait un véritable saut de 26 à 33.

Chez les filles, on distingue aussi deux périodes de croissance : la première période s'étend de 7 à 11 ans ; pendant celle-ci la croissance est extrêmement régulière et plus forte que chez les garçons.

La seconde période dure de 11 à 15 ans avec son maximum à 13 ans. Elle est caractérisée par une rapide poussée, mais moins vive que chez les garçons. La puberté chez les filles se développe donc plus tôt que chez les garçons et encore pendant l'âge scolaire primaire.

Les scolioses chez les filles montrent dans la première période une augmentation rapide. Dans la 2e l'augmentation est encore plus considérable en faisant presque un saut, 21 0/0 à 30 0/0 ; mais, chose remarquable, tandis qu'à 12 ans nous avons le maximum de croissance, nous trouvons un minimum dans le nombre des scolioses.

Si donc la croissance exerce une action prédisposante importante sur l'étiologie des scolioses, ce qui nous paraît indéniable, elle n'est certainement pas la cause principale des déviations vertébrales.

5° *Le rachitisme.* — Cette maladie ou plutôt ces vertiges mal guéris ont été accusés par Kirmisson d'être, non plus seulement une cause adjuvante, mais la seule et unique cause de déviation vertébrale. Girard, l'éminent chirurgien de Berne, déclare que l'école n'est pour rien dans l'étiologie de la scoliose, le rachitisme est tout : si bien qu'il désirerait voir le terme de « scoliose scolaire » effacé de la littérature et remplacé par celui de scoliose rachitique.

C'était au début de notre enquête que le prof. Girard nous communiqua, dans une conversation, son opinion sur ce sujet, aussi l'enquête fut-elle particulièrement poussée de ce côté-là. Toutes les traces de rachitisme ancien du crâne, du palais, de la poitrine, des extrémités furent soigneusement recherchées et notées, et voici le résultat de cette enquête :

Nombre. — Sur 2314 enfants on trouva :

- 225 rachitisme, soit : 9,7 0/0
et 571 scolioses, soit : 24.6 0/0

Ici, disproportion entre le nombre des rachitiques et celui des scoliotiques.

Sexe. — *Garçons* 146 rachit. 11.3 scolioses : 23. 0 /00
filles 79 7.7 : 27. 6 0/0

Là encore aucune espèce d'analogie dans ces chiffres.

	GARÇONS			FILLES		
	Rachitisme		*Scolioses*	*Rachitisme*		*Scolioses*
8 ans	14	12.1 %	7.8 %	17.	16.5 %	9.7 %
9 —	19	13.2	16.7	12.	10.5	20.1
10	35	14.9	18.3	27.	15.5	21.8
11	31	14.1	24.2	18.	9.7	30.8
12	22	9.9	27.1	5.	3.3	30.2
13	16	9.8	26.3.	0.	0.	37.7
14	9	4.2	33.3	0.	0.	26.8

Ainsi, à mesure que les enfants sont plus âgés, le nombre des rachitiques diminue et celui des scolioses augmente. N'ayant pas voulu examiner la poitrine et les jambes des jeunes filles plus âgées, notre nombre de rachitiques filles doit probablement être légèrement augmenté. De classe en classe la scoliose augmente, et de classe en classe le rachitisme diminue. Ce fait déjà nous démontre que le rachitisme ne peut pas être la cause principale de la scoliose scolaire.

Ceci nous est prouvé jusqu'à l'évidence par l'étude du tableau suivant :

De nos 571 scoliotiques il y en a :
79 rachitiques, soit : 13. 8 0/0
492 non-rachitiques, soit : 86. 2 0/0

De nos 225 rachitiques il y a :
79 scoliotiques, soit : 35. 0 0/0
146 non scoliotiques, soit : 65. 0/0

Krug de Dresde a trouvé une proportion qui se rapproche singulièrement de la nôtre :

Sur 344 scolioses il trouve :
61 rachitiques, soit : 17.7 0/0
283 non-rachitiques, soit : 82.3 0/0

En résumé, le rachitisme est certainement une cause très importante de prédisposition aux scolioses, puisque 35 0/0 de nos rachitiques sont déviés ; mais c'est loin d'être la cause primordiale et unique, puisque 65 0/0 de nos enfants qui présentent des signes indéniables de rachitisme n'ont pas trace de déviation vertébrale.

6° *Goitre.* — On sait combien le myxœdème transforme la résistance des os, et combien facilement les enfants myxœdémateux deviennent scoliotiques. Le goitre qui peut, dans certaines occasions, devenir suffisamment volumineux pour empêcher la fonction normale de la glande, aurait-il une influence sur les scolioses vertébrales, c'est ce que nous allons examiner :

Nombre. — Sur 2314 enfants nous trouvons :
590 goitres, soit : 25.4 0/0
De ceux-ci 154 sont déviés, soit : 26.1 0/0
436 ne le sont pas, soit : 73.7 0/0

Sexe :

GARÇONS				FILLES			
Goitres. . .	222	soit	17.2 %	Goitres. . .	368	soit	35.9 %
Tout déviés.	46	—	20.7	Tout déviés.	108	—	2.3
Non déviés.	176	—	79.3	Non déviés.	260	—	70.6

Age :

	GARÇONS			FILLES		
	Goitre		Scolioses	Goitre		Scolioses
8 ans	20	17.3 %	7.8 %	16	15.5 %	9.7 %
9 —	19	13.2	16.7	19	25.4	20.1
10 —	34	14.5	18.3	66	37.9	21.8
11 —	50	22.8	24.2	62	33.5	30.8
12 —	33	14.9	25.1	71	47.6	30.2
13 —	32	19.6	26.3	91	47.6	37.7
14 —	35	17.4	33.2	33	30.5	26.8

Classes :

	Goitres		Scolioses
VIIe Classe	36 goitres. .	16.5 %	8.7 %
VI —	48 — . .	18.6	18.2
V —	100 — . .	24.5	19.8
IV —	112 — . .	27.7	27.2
III —	104 — . .	10.5	28.3
II —	123 — . .	34.7	32.4
I —	67 — . .	22.11	31

On le voit, il n'y a aucune concordance entre les 0/0 de scolioses et les 0/0 de goitres.

Collèges						*Scolioses*
Saint-Roch.	70	goitres sur	460	enfants, soit.	14.8 %	28.1 %
Villamont. .	120	—	734	— —	16.3	25.6
Beaulieu. .	267	—	701	— —	32.3	18

Le nombre des goitres est surtout considérable à Ouchy et Beaulieu, et ce sont les collèges où il y a le moins de scolioses.

Citons comme exemple les classes de filles de Beaulieu :

VIIe Classe.	14.4 % de goitres
VI —	28.1
V —	51.8 % à 59.9 %
III —	53.5
II —	47.2 % à 60.0 %
I —	54.8

CONCLUSIONS

Le nombre des goitres est très considérable dans nos écoles, puisque plus du quart de nos enfants en sont atteints.

C'est beaucoup plus fréquent chez les filles que chez les garçons, du 50 0/0. Il augmente avec l'âge et avec le séjour dans la classe comme la scoliose, plus chez les filles que chez les garçons.

Il s'agit donc bien ici d'une maladie scolaire, mais non pas causée par l'école, mais par une infection dans l'école, ainsi que nous l'avons démontré par des travaux antérieurs (Combe, *Résumé d'hygiène scolaire*, p. 96). Ce qui le prouve, c'est que le goitre est très fréquent à Beaulieu et Ouchy, et nous dirons même dans certaines classes de ces collèges.

Contrairement aux scolioses qui augmentent avec les mauvaises conditions hygiéniques de l'école et qui sont nombreuses à Saint-Roch et Villamont, c'est dans les nouveaux bâtiments scolaires Ouchy et Beaulieu que l'on observe le plus de goitres et le moins de scolioses.

Cependant 26 0/0 de nos goitreux étant déviés, nous sommes obligés d'admettre chez eux une certaine prédisposition aux déviations causées peut-être par un fonctionnement insuffisant de la glande thyroïdienne. (*A suivre.*)

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Die Leukocyten bein gesunder und kranken Säugling, und bei den Verdauungs Krankheiten der Säuglinge (*Les leucocytes chez les nourrissons à l'état normal, et chez ceux qui sont atteints de troubles gastro-intestinaux*), par M. A. Japha (travail du laboratoire de Heubner de Berlin) (1). — La détermination du nombre des leuco-

(1) *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, février 1901, page 179.

cytes dans la première enfance a été déjà l'objet de nombreux travaux, qui tous concluent à une proportion plus grande que chez l'adulte, cette proportion variant d'ailleurs selon les auteurs entre 12.000 et 20.000 et même davantage. L'augmentation tiendrait surtout au plus grand nombre de lymphocytes, sans qu'on ait souvent fait la différence entre les mononucléaires petits et grands.

L'auteur a d'abord cherché à vérifier ces chiffres chez les enfants sains, la plupart n'ayant pas dépassé les tout premiers mois de la vie.

Il est bon de faire remarquer que tous ces enfants observés par l'auteur ne peuvent pas être considérés comme étant dans un état de santé parfaite, les uns ayant une otite ou une bronchite légère, les autres de la dyspepsie, peu accusée il est vrai, et même de la furonculose. Mais ces affections ne paraissaient pas retentir sur l'état général.

Voici les chiffres qu'il a obtenus dans 22 cas :

Nombre des globules blancs : variant de 10.000 à 17.000 avec une moyenne de 13560.

Nombre pour 0/0 de *polynucléaires* 25 à 50 0/0, moyenne 42 0/0, dans un cas 61 0/0 (mais il y avait une otite moyenne double).

Nombre des mononucléaires.

a — *petits* en moyenne 54 0/0 : chiffres extrêmes 39 et 70.

b — *grands* en moyenne 4 0/0 : chiffres extrêmes 0 et 1 à 12.

La moyenne des mononucléaires 58 0/0 est donc supérieure à celle des polynucléaires 42 0/0.

Si l'on compare avec la numération des globules blancs chez *l'adulte*, on trouve chez celui-ci :

Nombre de leucocytes	7.500
Nombre 0/0 *de polynucléaires*	70 à 72 0/0
— *mononucléaires*	30 à 28 0/0

Les différences qu'on observe d'un enfant à l'autre sont purement individuelles, et n'ont aucun rapport avec le poids.

Dans les maladies gastro-intestinales de l'enfance, différents auteurs se sont préoccupés des variations globulaires du sang, et ont noté tantôt une diminution, tantôt une augmentation des globules rouges ou blancs. L'auteur a poursuivi ses recherches dans ce sens et les a groupées dans une série de tableaux correspondant à des états morbides divers du tube digestif.

Le premier comprend des *dyspepsies* plus ou moins graves avec diminution ou accroissement de poids.

Nombre des leucocytes. . .	7 000, 9 000, 15000, jusqu'à 24.000.
polynucléaires	35 à 53 0/0
petits mononucléaires	41 à 55 0/0
grands mononucléaires	6 à 10 0/0

2° Dans *l'atrophie infantile* (2 cas).

Nombre des leucocytes	8.800 jusqu'à 11.240
polynucléaires	40 à 51 0/0
petits mononucléaires	47 à 60 0/0
grands mononucléaires	2 0/0

3° Dans le *catarrhe gastro-intestinal* (3 cas).

Nombre de leucocytes	8.900 à 36.000
polynucléaires	47 à 54
petits mononucléaires	38 à 51
grands mononucléaires	2 à 8

4° Dans *l'entérite folliculaire* (12 cas).

Nombre de leucocytes	11.000 à 38.000
polynucléaires	40 à 76
petits mononucléaires	25 à 50
grands mononucléaires	4 à 10

5° Dans le *choléra infantile* (7 cas).

Nombre de leucocytes	12.000 à 30.000
polynucléaires	53 à 76
petits mononucléaires	16 à 50
grands mononucléaires	3 à 15

L'auteur conclut de ses recherches que la *lymphocytose* décrite par certains observateurs dans les affections gastro-intestinales des nourrissons, *n'existe pas*. Jamais dans ce cas le nombre des lymphocytes ne dépasse celui qu'on trouve chez les enfants sains. D'un autre côté, le nombre des lymphocytes est, chez le nourrisson, beaucoup plus élevé que chez l'adulte.

Il n'y a pas de *formule leucocytaire* qui permette de caractériser telle ou telle forme de maladie de l'intestin.

Par contre, lorsque, chez les nourrissons atteints de troubles gastro-intestinaux, on observe une *leucocytose* polynucléaire plus ou moins marquée, celle-ci est le signe d'une intoxication ou d'une infection de l'organisme, consécutive à la maladie intestinale. Elle indique une affection grave, snns avoir de valeur pronostique absolue.

H. Barbier.

Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable. Cytologie du liquide céphalo-rachidien (1). — MM. A. Sicard et Brecy ont observé dans le service de M. Brissaud un cas de méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire curable. Il s'agit d'un jeune malade de dix-huit ans atteint depuis près de quatre semaines de céphalées légères et d'un peu de contracture de la nuque, et chez qui la ponction lombaire et surtout l'examen cytologique ont permis de poser le diagnostic. Le liquide céphalo-rachidien renfermait de très nombreux leucocytes polynucléaires.

(1) Société médicale des hôpitaux, Séance du 19 avril 1901.

Le malade ne s'est alité qu'un jour ou deux durant les six semaines de l'évolution de son affection méningée. A côté des méningites cérébro-spinales mortelles, dites latentes, dont le diagnostic reste une *trouvaille* d'autopsie, il existe une forme ambulatoire curable, qui, cliniquement, peut ne présenter comme symptôme qu'une céphalée peu intense et une légère contracture de la nuque, mais dont le diagnostic peut être affirmé par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Otite et méningite cérébro-spinale (1). — MM. Vaquez et Ribierre rapportent à la Société médicale des hopitaux l'observation d'une malade entrée dans leur service pour des accidents de méningite cérébro-spinale survenus au cours d'une otite ancienne à évolution torpide, sans écoulement abondant ni rétention purulente.

La maladie passa par une première phase d'une durée de trois ou quatre jours, qui fut marquée uniquement par une céphalalgie occipitale intense, de la fièvre et des phénomènes généraux, sans aucun signe de localisation cérébrale. Bientôt survinrent des symptômes dénotant l'envahissement des méninges rachidiennes (douleurs lombaires avec irradiations, Kernig, raideur du dos et de la nuque), et la maladie évolua dans l'espace d'une huitaine de jours avec le tableau classique de la méningite cérébro-spinale.

Trois ponctions lombaires démontrèrent l'existence d'un liquide céphalo-rachidien d'abord trouble, puis franchement purulent. Dans ce liquide purulent, on put déceler un microcoque restant coloré par le Gram, se présentant parfois sous forme de diplocoque en quelques points intra-cellulaires et qui ne se montra pas pathogène pour la souris. Ce microcoque put être cultivé sur gélose sanglante. Il s'agit, en somme, vraisemblablement d'un méningocoque.

La malade ayant succombé, on constata une méningite purulente de la base de l'encéphale assez peu étendue, du reste, et un abondant exsudat purulent au niveau des méninges rachidiennes. Le rocher semblait intact : il n'existait, en tout cas, aucune carie apparente, aucune effraction dans la cavité des méninges. Mais, après trépanation, l'os apparut transformé en une masse fongueuse sur une assez grande étendue.

L'infection des méninges semble s'être faite non pas directement, par ouverture d'un foyer septique, mais par propagation probablement lymphatique.

Cette observation montre qu'à côté de la méningite cérébrale plus ou moins localisée, complication depuis longtemps connue et décrite des otites, il faut faire une place aux infections diffuses du liquide céphalo-rachidien et des méninges cérébrales et spinales d'origine auriculaire.

(2) 8 mars 1901.

General exfoliative Dermatitis (*Dermatite exfoliative généralisée*) (1). — Powella a présenté à la réunion de l'Association médicale des Sociétés de Birmingham et du Midland, une fillette de 5 ans, qui était entrée à l'hôpital des Enfants le 31 janvier, pour une hyperémie générale de la peau avec desquamation.

Deux mois auparavant, elle avait eu sur le dos une éruption, qui s'était rapidement propagée au tronc, aux membres, à la tête, et, en 3 ou 4 jours, tout le corps était recouvert d'une éruption squameuse rouge vif. Aucun trouble de l'état général. A son entrée, toute la surface du corps, sauf le dos, et les côtés interne et externe du pied étaient d'un rouge vif. La surface hyperémiée était sèche, tendue avec des craquelures superficielles aux plis des oreilles, des poignets et des aines. Pas d'œdème. Partout de minces squames plus petites à la face, plus grandes sur le dos et aux extrémités, libres par leur périphérie, et attachées par la partie centrale. Elles pouvaient être facilement détachées, mais elles se reproduisaient rapidement, si bien qu'en 24 heures on pouvait en recueillir de quoi remplir une mesure de 3 onces. Le cuir chevelu était mince et recouvert de croûtes jaunâtres, formées par l'épithélium desquamé et la sécrétion sébacée. Les ongles des orteils étaient épaissis, décolorés, avec des fissures transversales et sur le point de tomber. Les ongles des doigts étaient de formation récente. Quelques pustules sur les jambes et l'abdomen : pas de tuméfaction ganglionnaire. Elle avait de la conjonctivite de l'œil gauche. La température a toujours été normale au début, l'urine était trouble ; densité 1027 ; ni sucre ni albumine : la maladie semblait ne pas la troubler. Comme traitement, elle garda le lit, prit un bain chaud tous les matins et cinq gouttes de vin d'antimoine. Une compresse de lint fut maintenue humide avec deux lotions chaudes d'extrait de saturne.

La dermatite exfoliative généralisée est très rare chez les enfants, et habituellement, elle s'accompagne de troubles graves de l'état général.

Ueber einen constanten Bacterienbefund bei Scharlach (*Sur un état bactériologique constant dans la scarlatine*). Adolphe Baginsky et Paul Sommerfeld. — Ce travail résulte d'une étude ayant porté sur quarante-deux cadavres qu'on peut diviser en deux groupes : le premier contenant les cas à marche rapide, et où il ne pouvait pas être question d'infections secondaires ; le second ayant trait à des cas à marche lente compliqués d'affections secondaires. On prenait le sang du cœur aussitôt après la mort avec toutes les précautions nécessaires. On faisait des cultures avec la moelle osseuse, les viscères, les ganglions bronchiques et mésentériques, le contenu de la vésicule biliaire. Voici les conclusions (2).

(1) *British Med. Journal*, 30 mars 1901.
(2) *Berl. klin. Woch.* 1900, nos 27 et 28.

1° Dans tous les cas d'angine scarlatineuse on trouve quelquefois en culture pure, généralement avec d'autres cocci, mais d'une manière dominante, le streptocoque.

2° Chez les quarante-deux enfants ayant succombé à la scarlatine on trouvait dans les organes, le sang, la moelle osseuse, des streptocoques. On peut en conclure qu'il est constant dans tous les cas de scarlatine.

3° Le streptocoque ressemble, par ses propriétés morphologiques, aux streptocoques des auteurs. Les streptocoques ne sont pas encore différenciés par les méthodes ordinaires de culture.

4° Le streptocoque possède une virulence variable qui peut être exaltée à la suite de passages par les animaux. Il produit une toxine dans les milieux de culture.

5° Par les procédés ordinaires de culture, il est aussi impossible de déterminer des propriétés spécifiques à ce streptocoque de la scarlatine qu'aux autres espèces connues.

6° La constance de la présence de ce streptocoque dans les cadavres des scarlatineux montre son importance dans le processus morbide de cette infection.

7° Tous les phénomènes cliniques de la scarlatine se déduisent de la dissémination du streptocoque dans les organes et de la toxicité de ses produits.

Ueber einen Fall von cardiopulmonalen Geraüsch in Saüglingsalter (*Sur un cas de souffle cardio-pulmonaire chez le nourrisson*), par Walter Freund (1). — Un nourrisson atteint de gastro-entérite chronique présenta, à partir de l'âge de six mois, un fort souffle systolique à la pointe. On crut à une malformation congénitale. Le souffle disparaissait quand l'enfant criait ou quand la respiration prenait le caractère d'expiration prolongée ; et cependant on continuait à percevoir très nettement les bruits du cœur. La respiration reprenant son type ordinaire, le souffle reparaissait. La mort arriva à l'âge de huit mois, et à l'autopsie on ne trouvait, en dehors de l'hydrocéphalie, aucune lésion viscérale. Le cœur était absolument normal, comme les gros vaisseaux. Le trou de Botal était oblitéré, le foramen ovale fermé. Il s'agissait donc bien d'un souffle cardio-pulmonaire.

Ueber dilatative Herzschwäche im Kindesalter (*Sur l'atonie cardiaque dilatatrice dans l'enfance*), par Arthur Neumann (2). — L'atonie cardiaque dilatatrice n'est pas rare dans l'enfance. Les signes en sont : des palpitations, de la dyspnée, de la faiblesse générale à l'occasion des efforts, du déplacement de la pointe, de l'augmentation de la matité, des anomalies du choc du cœur et du pouls. Cette affection survient sans influence de l'âge chez

(1) *Jahrb. f. Kinderheilk*, 1900.
(2) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1900.

des individus qui sont affaiblis depuis l'enfance et comme conséquence de troubles chroniques de la nutrition. L'anémie favorise particulièrement la dilatation du cœur. Les efforts, le surmenage scolaire chez des enfants excitables et faibles, ont une importance étiologique particulière.

Volumineux tubercules cérébraux chez des enfants (1). — M. HAUSHALTER, chez un enfant de 2 ans, mort de méningite tuberculeuse, trouva, outre les lésions classiques de cette forme de méningite, 3 volumineux tubercules cérébraux siégeant, l'un dans un des lobes frontaux, un autre dans un des lobes occipitaux, l'autre sur la couche optique du côté gauche ; ce dernier faisait une énorme saillie dans la cavité du 3e ventricule. Chacun de ces tubercules avait le volume d'un gros marron. Ils s'étaient développés insidieusement, et aucun signe n'avait pu faire soupçonner leur existence, bien qu'ils fussent nécessairement bien antérieurs à la méningite tuberculeuse.

Chez un autre enfant de 2 ans et demi, atteint de tuberculose généralisée subaiguë et mort de convulsions, M. HAUSHALTER découvrit dans un des lobes frontaux et dans un des lobes occipitaux, un gros tubercule du volume d'une noix ; les premières manifestations de leur existence furent les convulsions au cours desquelles succomba l'enfant.

Il est d'ailleurs fréquent que les tubercules cérébraux demeurent latents; le système nerveux, dont les éléments ne sont pas détruits mais lentement et progressivement refoulés par le néoplasme tuberculeux, s'habitue jusqu'à un certain degré à leur présence.

Étiologie et fréquence de la tuberculose infantile (2). — M. HAUSHALTER. — A Nancy, parmi les enfants du peuple, depuis la naissance jusqu'à 12 ans, qui se présentaient à la consultation, 12 % étaient atteints de tuberculose; dans les autopsies que nous sommes appelés à pratiquer chez ces petits êtres, nous avons trouvé la tuberculose trente-deux fois sur cent.

Il s'agit là de contagion, car la tuberculose, exceptionnelle dans les premiers mois, va croissant avec l'âge pour atteindre son apogée entre quatre et dix ans. La contagion est aérienne, et se fait le plus souvent dans le milieu familial au contact d'adultes tuberculeux, cracheurs. Par suite, toutes mesures qui auront pour but d'isoler ceux-ci, les sanatoria en particulier, protégeront les enfants.

Pour ces petits malades s'impose l'hospitalisation prolongée à la campagne, dans un milieu bien ensoleillé, avec la vie au grand air et une alimentation appropriée.

(1) Société de médecine de Nancy. Séance du 3 février 1901, in *Revue médicale de l'Est.*

(2) Congrès de Nancy, 1901.

En sortant de cet hôpital les enfants guéris devraient être maintenus dans des colonies agricoles, qui pourraient recevoir aussi les petits prédisposés.

Ce n'est pas là une conception chimérique, puisqu'elle est réalisée déjà par l'œuvre d'Ormesson, qui recueille et abrite chaque année plus de 500 de ces enfants.

Tétanos des nouveau-nés à la Havane, par le Dr Gonzalo Arostegui (1). — L'auteur établit, au moyen de tables obituaires, que la mortalité due au tétanos des nouveau-nés a été en diminuant d'année en année, puisque de 377 décès en 1871, elle est tombée à 84 dans le premier semestre de l'année 1900. Et cette diminution serait encore bien plus appréciable si les accouchements étaient faits exclusivement par les hommes de l'art. Le tétanos des nouveau-nés doit en effet disparaître au fur et à mesure que l'antisepsie présidera à la section et au pansement du cordon ombilical, car l'abaissement progressif du nombre des victimes coïncide avec la moindre fréquence des épidémies de fièvre puerpérale, la technique aseptique de la circoncision rituelle et surtout le pansement aseptique de la plaie ombilicale primitivement employé.

Cliniquement, Arostegui définit d'une façon générale le tétanos : *une maladie du système nerveux, aiguë, infectieuse et inoculable, commune à l'homme et à quelques animaux, caractérisée par la contracture douloureuse et permanente des muscles avec redoublements paroxystiques, débutant par les muscles de la mastication et du cou et s'étendant aux autres groupes musculaires.*

Chez le nouveau-né, on reconnaît le début de la maladie à ce fait que la rigidité spasmodique des masséters et des muscles buccaux empêche la succion, de sorte que l'enfant ne prend ni sein, ni biberon : c'est le trismus classique auquel s'ajoute bientôt une grimace due à la contracture des autres muscles de la face : front ridé, lèvres plissées, joues et yeux fermés entourés d'une auréole bleuâtre.

La crise spasmodique est d'abord provoquée par le contact de la cuiller ou du biberon ; elle débute par de la dysphagie. Puis la contracture envahit la région cervico-dorsale, le dos, les muscles droits de l'abdomen, et enfin les membres. Quand la rigidité est complète, et telle que le corps, semblable à une barre de fer, peut être soulevé d'une seule pièce, on dit qu'il y a *orthostonos*. Quand les masséters sont seuls contracturés, c'est le *trismus*. L'*emprosthonos* est l'attitude de l'enfant *in utero* ; l'*opisthotonos* caractérise l'attitude en arc de cercle ; enfin le *pleurosthotonos* conservera l'incurvation dans le plan transversal.

La douleur, bien qu'intermittente, arrache aux enfants des cris

(1) *Rev. de med. y ciru. de la Habana*, fév. 1901, no 4.

plaintifs qu'on n'oublie pas plus, quand on les a entendus, que le cri hydrencéphalique de la méningite. De temps en temps surviennent des paroxysmes moins violents que chez l'adulte. Il y a là une exagération de l'excitabilité réflexe et profonde, entraînant une stupeur des centres nerveux que reflète le *vague du regard et la fixité des yeux.*

La fièvre est constante : elle se traduit par une accélération du pouls qui peut monter jusqu'à 180 pulsations et par une élévation de la température qui peut atteindre 44°7 et croître encore après la mort. Cette fièvre précède ou accompagne le début des accidents de contracture. Les mouvements respiratoires vont en s'accélérant pendant les paroxysmes et aboutissent à l'apnée absolue.

Les urines sont foncées, rares, ou même supprimées par contracture de la vessie.

On observe parfois pendant l'incubation une diarrhée que certains auteurs attribuent à une infection gastro-intestinale.

Dans le chapitre diagnostic, l'auteur différencie le tétanos des nouveau-nés des spasmes décrits par SIMS, WILHITE et HARTIGAN, parce que ceux-ci sont dus aux traumatismes crâniens : du sclérème dans lequel on observe de l'hypothermie ; de la méningite cérébro-spinale ; de l'éclampsie et des maladies encéphaliques d'origine spécifique. Il y a d'ailleurs identité absolue entre le tétanos des nouveau-nés et celui de l'adulte. Le premier est surtout intéressant en raison de sa fréquence dans nos climats.

Bactériologiquement, BEUMER a trouvé dans la plaie ombilicale d'un enfant ayant succombé, le *bacille en raquette.*

Le pronostic est grave ; il y a cependant quelques cas de guérison signalés par MONTI, SOLTMANN. D'après DÉJERINE, la mort serait fatale quand les mouvements respiratoires atteignent 40 par minute. Pour AROSTEGUI, le trismus suffit à caractériser l'extrême gravité de la maladie.

Au point de vue anatomo-pathologique, les différents auteurs s'accordent à reconnaître la congestion de la moelle et du cerveau, des extravasations sanguines, des foyers d'apoplexie séro-sanguinolents dus aux convulsions ; une prolifération névrologique des centres nerveux ; l'altération des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, etc. En somme, rien de bien spécifique.

Le traitement prophylactique consiste à faire l'asepsie de la plaie ombilicale, qu'il y a lieu de soumettre quelquefois à la cautérisation ignée, à entretenir une atmosphère pure et sèche autour des nouveau-nés et à observer scrupuleusement les lois de l'hygiène infantile.

La maladie déclarée, on nourrira l'enfant au moyen de la sonde œsophagienne ; on aura recours aux inhalations d'oxygène, de nitrite d'amyle, aux bains, aux antiphlogistiques, aux évacuants, aux diaphorétiques, à la fève de calabar, etc. ; enfin au chloral

et au bromure qui semblent donner de bons résultats. Quant au sérum préconisé par CHAUFFARD et QUÉNU, il n'a pas suffisamment fait ses preuves.

1° Le tétanos infantile décroît à mesure que l'emploi des antiseptiques se généralise et que l'hygiène de l'enfant et de tout ce qui l'entoure augmente ;

2° Le tétanos infantile doit occuper une place prépondérante dans le tableau des maladies évitables ;

3° Bien que les agents cosmiques exercent une influence marquée dans l'apparition du tétanos, on pourra le faire disparaître de la Havane en recourant aux antiseptiques;

4° La maladie paraît plus fréquente dans la race blanche que dans la race noire ;

5° Les caractères cliniques sont les mêmes partout ;

6° C'est une maladie infectieuse et inoculable, franchement aiguë chez l'enfant;

7° Les lésions anatomiques n'ont pas été précisées ; mais on peut affirmer qu'elles siègent dans le système nerveux;

8° La généralité des auteurs admet que la maladie est produite par le bacille de NICOLAÏEV ;

9° Les cas qu'on a réussi à guérir ont été soignés autrement que par les antiseptiques et le sérum ;

10° Un des premiers devoirs des pédiatres et des accoucheuses est de préserver les nouveau-nés de l'infection tétanique.

CHIRURGIE INFANTILE PRATIQUE

Relations de l'appendicite avec la grippe et l'abus de l'alimentation carnée (1). — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je crois que si l'appendicite n'est pas nouvelle, parce que l'appendice a toujours eu ses accidents, elle n'est pas seulement la typhlite et la pérityphlite dont nous aurions méconnu la signification.

En certains pays (Amérique, Angleterre), elle est encore infiniment plus commune que chez nous.

Il est très difficile de démontrer que l'appendicite est une maladie nouvelle, puisqu'on ne la connaissait pas. Mais j'ai une statistique très curieuse dont la signification me paraît irréfutable : celle qui est relative aux abcès de la fosse iliaque. J'ai, un des premiers, préconisé leur ouverture large et rapide. Ma statistique bien relevée commence à 1882. De 1882 à 1899, j'ai ouvert 34 abcès de la fosse iliaque, y compris des abcès puerpéraux et à gauche.

De 1899 à 1900, en deux ans, j'en ai ouvert 19.

Pour que la proportion fût semblable, il aurait fallu, pour les seize années, en trouver 152. Cependant, aujourd'hui que les

(1) Académie de Médecine, séance du 19 février.

appendices sont enlevés préventivement, les abcès de la fosse iliaque devraient être beaucoup plus rares.

Cette récente et extraordinaire fréquence des abcès de la fosse iliaque caractérise certainement une forme suppurative liée à l'extrême fréquence et à l'extrême gravité des lésions appendiculaires.

Je crois que cette extrême fréquence se rapporte à la fréquence toujours grandissante des infections intestinales.

Elle peut avoir pour origine un état épidémique, comme l'a indiqué M. Faisans (grippe).

Elle peut avoir pour origine une modification dans l'hygiène alimentaire, un abus de l'alimentation par la viande.

Les pays où l'alimentation carnée est le plus répandue donnent le plus fort contingent des appendicites. A Philadelphie, un tiers des habitants auraient de l'appendicite, d'après Keen.

J'ai vu l'appendicite particulièrement fréquente et grave chez les sujets consommant la viande de très bonne heure et exclusivement. Les infections intestinales paraissent se multiplier dans la même proportion et dans les mêmes cas et précéder souvent l'appendicite.

La diminution de l'emploi des purgatifs dans l'hygiène a aussi constitué une prédisposition.

C'est la fréquence de ces infections intestinales qui amène la confusion pour le diagnostic et le traitement de l'appendicite.

Lorsque l'infection est encore intestinale, un traitement médical peut amener la guérison. Mais lorsque l'appendice est réellement atteint, la maladie est justiciable seulement de la chirurgie. La question de diagnostic peut être très délicate.

Une nécessité domine le traitement de ces infections intestinales et par conséquent le traitement des appendicites : l'opportunité de la purgation, qui doit être opposée à l'opium qui favorise ces infections.

La purgation, même en cas d'appendicite confirmée, reprend aujourd'hui du terrain, puisque nous trouvons des auteurs qui la préconisent même en cas de perforation intestinale.

D'elle dépend la possibilité de prévenir bon nombre de cas d'appendicite.

La nouveauté de ce développement d'accidents aigus d'appendicites est aussi progressivement la cause de la formation de certaines appendicites à évolution chronique, sans accès, et qui se traduisent par des troubles gastro-intestinaux qui méritent l'intervention opératoire aussi bien que les cas d'appendicites aiguës ou à répétition, et qui formeront un nouveau cadre pour les opérations.

La prévention de ces maladies, toujours plus fréquentes et plus graves, ne pourra être obtenue que par une étude et une réforme attentive de l'hygiène alimentaire et par l'institution d'une médi-

cation prophylactique dont la purgation, le seul agent sérieux de l'antisepsie intestinale, doit former le premier élément.

Oxyures et appendicites. — M. Moty, médecin principal de l'armée.—La présence des oxyures vermiculaires dans les appendices réséqués est fréquente.

Pour trouver ces oxyures, il est nécessaire d'ouvrir l'appendice aussitôt après l'opération sans le laver, on voit ainsi les parasites vivants et animés de mouvements vifs ; l'eau froide les tue et les déforme presque immédiatement.

Parmi mes derniers opérés, dans trois cas sur cinq, les oxyures paraissent avoir été l'unique cause d'appendicites graves dont l'étiologie était restée latente.

Il ressort de ce fait que les purgatifs parasiticides sont évidemment indiqués dans l'appendicite parasitaire, et qu'il n'y a lieu d'intervenir que si l'on a la main forcée.

Il semble résulter, en outre, de la multiplicité des causes de l'appendicite, que ce processus pathologique n'a pas d'agent pathogène spécifique et que l'appendice ne doit sa vulnérabilité particulière qu'à sa constitution anatomique.

Enfin, bien des attaques d'appendicite parasitaire bénigne passent inaperçues, la diète que le malade observe instinctivement suffisant souvent à conjurer les progrès du mal.

Corps étranger métallique dans la bronche gauche, extraction par l'électro-aimant (1). — M. Piéchaud présente une observation d'extraction de corps étranger métallique (clou de fer de 2 centim. 5) de la bronche gauche d'un enfant de trois ans, grâce à l'électro-aimant. L'opération ne fut pratiquée qu'au bout d'un mois. L'auteur recourut à un cathéter de fer doux qui devait aller prendre le contact du clou, tandis qu'extérieurement le cathéter était mis en rapport avec un électro-aimant puissant. Le clou fut retiré, quoique avec difficulté. L'enfant était guéri au bout de six jours.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz (*Traitement du rachitisme avec les capsules surrénales*), par M. Leo Langstein (2). — Après avoir rappelé les tentatives infructueuses de traitement du rachitisme faites avec *l'extrait thyroïdien* par Knœpfelmacher, Heubner et Siegert, avec le *thymus* par Mettenheimer, Lissauer et Stœltzner, avec la *spermine* par Heubner, l'auteur nous mentionne les recherches de Stœltzner faites avec les capsules surrénales, bien que, ainsi qu'il le dit lui-même, aucune théorie

(1) Académie de Médecine, Séance du 2 avril.
(2) *Jahrbuch f. Kinderheilk*, avril 1901, page 465.

soutenable, ni aucun fait anatomique n'aient permis de songer à une relation quelconque à établir entre le rachitisme d'une part et les lésoins des capsules surrénales de l'autre. C'est donc une médication purement empirique.

Il a soumis 15 enfants au traitement préconisé par STŒLTZNER. Chacun d'eux prenait par jour un certain nombre de comprimés de glande surrénale, depuis un 1/2 comprimé jusqu'à 2 comprimés 1/2 selon l âge. Le traitement a été suivi pendant plusieurs semaines. La lecture des observations justifie de tous points les conclusions que formule LANGSTEIN, c'est que l'opothérapie par les *capsules surrénales n'a aucune action spécifique sur le rachitisme.* Ce qu'on a pu observer, c'est que le traitement n'a aucune action fâcheuse, et qu'il stimule l'appétit au point de provoquer, avec une dose un peu forte, une véritable boulimie. Mais d'action sur les manifestations rachitiques : déformation des os craniotabès, persistance des fontanelles, on n'en nota aucune.

Comment alors interpréter les résultats favorables qu'aurait obtenus STÆLTZNER ? C'est ici qu'il faut faire intervenir les influences qui peuvent agir spontanément sur la guérison du rachitisme. KASSOWITZ a fait remarquer que pendant les mois de juin et de juillet le rachitisme s'améliore, soit sous les seules influences d'un bon régime et d'une bonne hygiène, soit spontanément. Or, les malades améliorés par le traitement de STÆLZNER l'ont été précisément pendant ces deux mois de l'année. Ainsi s'expliquent les bons résultats obtenus.

A l'appui de cette manière de voir, LANGSTEIN cite un certain nombre d'autres observations de rachitismes traités ceux-là par le régime et l'hygiène, et pendant cette période de l'année, et qui se sont améliorés dans des proportions remarquables.

BARBIER.

Eupyrine. (*Vanilline-éthylcarbonate de phénétidine*). — E. PÉRIER. — Antipyrétique moins dangereux que la phénacétine, tout en étant très actif ; 2 gr. au plus suffisent pour obtenir un abaissement de température de 1 1/2 à 2 degrés, sans frissons et sans tendance au collapsus.

L'eupyrine s'administre en nature ou dissoute dans l'eau

Euquinine (*Ether éthylcarbonique de quinine.*) — E. PÉRIER. — Mêmes propriétés que la quinine, mais prise plus volontiers par les malades parce qu'elle est dépourvue de saveur amère.

Doses : adultes, 1 gr. à prendre quatre heures avant l'accès ; enfants de quatre à cinq ans, 0 gr. 30.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE DES NOURRISSONS ÉLEVÉS AU SEIN (1),

Par le professeur FILATOW, de Moscou.

Bien que les auteurs qui ont écrit sur le régime alimentaire des enfants soient unanimes à déclarer que la nourriture la meilleure pour un nouveau-né, c'est le lait de sa mère, néanmoins, dans notre siècle nerveux, la dyspepsie se rencontre fréquemment chez des nourrissons ne recevant rien que le sein maternel, en particulier chez des enfants premiers-nés. Faut-il en chercher la cause principale dans la nervosité en général des femmes contemporaines appartenant à un milieu social élevé ? Est-ce plutôt l'hérédité qui joue son rôle, le refus de certaines mères de nourrir leurs enfants à leur propre sein, transmis de génération en génération, aboutissant enfin chez les dernières descendantes à une atrophie des glandes mammaires par défaut de fonctionnement? Tout ceci est difficile à déterminer; ce qui est certain, c'est le fait que la dyspepsie n'est point rare chez les enfants au sein et que les causes en sont diverses.

Parmi les différentes formes de dyspepsie des nourrissons, je veux, tout d'abord, isoler en un groupe distinct les cas de dyspepsie se distinguant des cas analogues par ce fait que les enfants, malgré des accès de coliques intenses et prolongées, troublant sérieusement le sommeil, et malgré la fréquence des selles contenant abondamment des résidus non digérés de lait, ne maigrissent pas, mais, au contraire, *engraissent*, c'est-à-dire *augmentent de poids plus qu'ils ne le doivent normalement*. Cette forme de dyspepsie s'observe principalement chez les enfants pendant les trois premiers mois qui suivent la naissance. On peut toujours supposer cette forme de dyspepsie lorsque la mère se plaint que l'enfant âgé de quelques semaines présente des matières verdâtres, des régurgitations fréquentes, pousse des cris incessants alors que cependant le petit malade offre des membres bien arrondis, une couche cellulo-adipeuse sous-cutanée bien développée

(1) Leçon clinique du prof. Filatow, recueillie et rédigée par MM. Wasiljew Grigoriew Sperinski, sous la direction du prof. Filatow, Moscou, 1900.

et résistante; malgré les évacuations alvines fréquentes accompagnées de gaz, le ventre est fortement ballonné. Le moyen le plus simple de se convaincre qu'il s'agit réellement de cette forme de dyspepsie, c'est de pratiquer des pesées quotidiennes de l'enfant ; alors il n'est pas difficile de déterminer en même temps la quantité de lait prise à chaque tétée (en pesant l'enfant avant et aussitôt après la tétée). A défaut d'un pèse-bébé, on peut juger de la quantité de lait ingérée à la tétée par ce qui en reste dans le sein aussitôt que l'enfant en a été retiré.

Ayant affaire à ce genre de dyspepsie, on peut être convaincu que la cause de la maladie est la *suralimentation*, qui à son tour peut être due à deux causes différentes : dans une série de cas la suralimentation peut provenir de ce que l'enfant *tète* soit *trop longtemps* soit *trop fréquemment*, le lait pouvant être d'excellente qualité ; tandis que dans l'autre série de cas l'enfant reçoit non seulement plus de lait qu'il ne faut, mais encore le *lait* lui-même *est trop riche en matières constituantes solides* (lait appelé « trop lourd »). Dans les dyspepsies de la première catégorie (suralimentation simple), il est plus facile de remédier au mal, car il suffit de diminuer la quantité de lait ingéré ; on recommande à cet effet : 1o de ne mettre l'enfant au sein que toutes les deux heures ; 2o de ne lui donner à téter que pendant dix minutes, et si ce temps paraît encore trop considérable, on peut le restreindre jusqu'à sept et même cinq minutes ; en général, *on doit laisser l'enfant au sein seulement pendant le temps qu'il tète sérieusement*, mais dès qu'il commence à se reposer, à regarder de côté et d'autre, cela veut dire qu'il a assez pris.

Dans les cas de dyspepsie de la seconde catégorie (lait lourd), l'affaire est un peu plus compliquée, car la diète seule, dans le sens de diminution de la quantité de nourriture, est insuffisante et il est indispensable de modifier la composition du lait. Dans les cas où le lait est lourd par la faute de la femme même qui allaite, il faut, pour supprimer la dyspepsie, remédier à certaines irrégularités dans l'allaitement. Au nombre de ces irrégularités appartiennent : 1° l'habitude de bien des nourrices de vider un peu le sein avant d'y mettre l'enfant, et 2° de donner les deux seins à chaque tétée. En effet, lorsque le sein a été au repos pendant quatre heures (ce qui arrive quand les seins sont donnés alternativement aux tétées successives, ces dernières à deux heures d'intervalle), le lait est comme reposé ; — d'abord il ne s'écoule que du lait clair, bleuâtre ; ensuite c'est du lait blanc et dense ; il s'ensuit que lorsque la nourrice fait écouler les premières portions de ce lait, l'enfant ne reçoit que du lait dense et lourd. Il en est de même quand les deux seins sont donnés à de courts intervalles, avec cette différence que dans ces cas l'enfant se suralimente encore plus facilement, car des deux seins remplis de lait, il arrivera à tirer, dans la même unité de temps, deux fois

autant de lait que d'un seul sein (le lait jaillit tout seul d'un sein *qui* est plein). Par conséquent, outre qu'il faut diminuer la quantité de lait, il faut encore ordonner que les seins soient donnés alternativement (un seul sein à chaque tétée), et sans enlever le premier lait moins dense.

Quand le lait est trop dense par lui-même, et que les mesures que nous venons d'indiquer sont insuffisantes, alors nous recommandons de modifier le régime de la femme qui allaite. Cette modification doit avoir lieu en ce sens qu'on restreindra l'usage de la viande et qu'on augmentera celui des aliments féculents ; en d'autres termes, nous prescrivons le régime végétarien (lait, diverses espèces de gruaux, pommes de terre, légumes cuits, etc.), — et nous n'autorisons qu'un seul plat de viande par jour. Dans de tels cas de dyspepsie, ce changement de régime de la nourrice est généralement suivi d'un succès brillant. Il est pourtant des mères et des nourrices réfractaires, dont le lait reste lourd malgré tous les régimes ; alors nous conseillons soit de changer la nourrice, soit de patienter un peu jusqu'à ce que l'enfant ait six semaines ou, tout au plus, trois mois. Vers cette époque la dyspepsie engendrée par le lait trop lourd disparaît spontanément, à condition toutefois que les troubles de l'innervation des glandes mammaires, cause de la composition anormale du lait, n'augmentent pas encore davantage, amenant une diminution dans la quantité de lait. Dans ce cas, lorsque le lait vient en quantité insuffisante et qu'il est au surplus de mauvaise quantité, on se trouve en présence d'une seconde forme de dyspepsie se distinguant de la précédente par les symptômes contraires, l'amaigrissement rapide de l'enfant, c'est-à-dire par une perte de poids hors de proportion avec le peu d'importance de la diarrhée.

Cette dyspepsie liée à l'inanition s'accompagne parfois d'une tendance à la constipation, il n'y a pas de météorisme nettement prononcé, mais l'expulsion fréquente des gaz. Ce qui la distingue très nettement de l'autre forme de dyspepsie, c'est l'absence de régurgitations. Le conseil que, dans ces cas, peut donner le médecin, dépendra de l'âge de l'enfant.

1° Lorsque l'enfant n'a pas plus de 2 à 3 mois et que néanmoins le lait de la mère paraît insuffisant et indigeste, il est presque certain que ce lait se tarira bientôt complètement ; il est alors indiqué de conseiller de prendre une nourrice mercenaire. On ne peut guère espérer une amélioration du lait de la mère, sauf dans les rares cas où la diminution a eu lieu à la suite d'une cause déterminée et passagère, par exemple, un accès de fièvre, une émotion nerveuse, etc... Dans les cas semblables on pourrait différer le changement de nourrice et prescrire l'allaitement mixte pendant quinze jours ; on aura recours à du lait de vache coupé d'un tiers d'eau, de décoction d'orge ou d'une solution de sucre de lait à 6 0/0.

2° Lorsque la dyspepsie et l'insuffisance du lait apparaissent plus tard, l'enfant ayant déjà atteint de 6 à 7 mois, on peut, dans la grande majorité des cas, ne plus procéder à un changement de nourrice et se borner simplement à instituer l'allaitement mixte, en intercalant entre les tétées des biberons de lait de vache. On atteint ainsi un double but : on supprime l'inanition et on guérit la dyspepsie. Au point de vue théorique, il peut paraître étrange que l'adjonction au lait de femme, mal supporté par l'enfant, d'un ou deux biberons de lait de vache encore plus lourd, puisse guérir la dyspepsie ; ceci est pourtant pleinement confirmé par la pratique journalière qui ne permet pas de mettre en doute l'existence de ce fait. La chimie du lait n'a pas encore dit son dernier mot ; or, il arrive qu'on a affaire à une dyspepsie due au lait trop lourd, dyspepsie ne disparaissant pas, malgré la régularité des tétées, tandis que l'examen du lait n'y fait découvrir absolument rien d'anormal ; il nous paraît assez vraisemblable d'admettre que l'allaitement mixte fournissant du repos aux glandes mammaires contribue au rétablissement de leurs fonctions. Selon la quantité de lait de la nourrice, on donnera d'abord un ou deux biberons par jour, ensuite plus souvent, surtout lorsqu'on a en vue de sevrer l'enfant dans 2 ou 3 mois.

Si le lait de vache n'est pas bien supporté ou s'il n'est pas possible d'avoir du bon lait, alors, pour compléter l'allaitement, on peut s'adresser à du lait condensé ou à diverses sortes de farines pour enfants âgés de moins de 4 mois, digérant mal l'amidon ; le mieux est de s'adresser au produit anglais *Mellins food*. Dans cette farine tout l'amidon est en effet transformé en dextrine et en sucre, de sorte que même sous le microscope on ne découvre pas du tout les grains d'amidon caractérisés par la disposition de leurs molécules en couches concentriques ; de plus, la préparation microscopique ne se colore pas en bleu par l'iode. Pour préparer la nourriture des enfants on prend une partie de farine sur 4 à 8 d'eau ; on fait bouillir jusqu'à consistance de purée ; la bouillie est d'un goût sucré, avec l'arome de malt.

En somme, nous arrivons à la conclusion que si un enfant qui ne reçoit que le sein de sa mère, souffre de dyspepsie et crie beaucoup, il est, en premier lieu, nécessaire d'élucider quelle est la quantité de lait fournie par la nourrice. Lorsque le lait est produit en excès immédiatement après que l'enfant aura suffisamment tété, on fait par la compression sortir aisément du sein le lait en plusieurs jets ; si par contre le lait est peu abondant, alors, après la tétée, on ne fait plus rien sortir du tout ou seulement quelques gouttes de lait très épais. (On obtient des résultats plus précis en pesant l'enfant avant et après la tétée ; nous y avons toujours recours dans les cas douteux, lorsque par exemple un sein trop ferme ne permet pas de juger exactement de la quantité de lait). Quand le lait est abondant, nous déterminons le régime de l'enfant

et de la mère, et, si cela ne suffit pas, nous ordonnons l'allaitement mixte ou le changement de nourrice.

Dans bien des cas le lait de la mère est mal supporté par l'enfant, par suite de diverses causes accidentelles, faciles à supprimer : c'est ainsi qu'une mère, sans aucune nécessité, mais avec la bonne intention d'augmenter la quantité de lait, mange des harengs et boit beaucoup de bière ; une autre prend quelque médicament qui passe dans le lait (arsenic, purgatifs) ; une troisième, craignant de laisser l'enfant seul, vit à la maison sans jamais prendre l'air. Toutes ces erreurs peuvent devenir des causes de dyspepsie et doivent être corrigées. Au point de vue spécial des nourrices mercenaires il y a deux écueils à éviter qui peuvent devenir chacun une cause de dyspepsie : le premier est l'erreur si fréquente qui consiste à mettre à un régime carné abondant une nourrice provenant d'une pauvre famille de paysans, et n'ayant auparavant mangé que du pain et des pommes de terre ; la nourrice se « remonte » rapidement ; elle engraisse, tandis que l'enfant commence à souffrir de dyspepsie ; la nourrice finit par prendre un aspect florissant, mais la quantité de lait continue à diminuer chez elle ; il suffit parfois de remettre une telle nourrice engraissée à un régime moins substantiel pour voir sa sécrétion lactée augmenter et la dyspepsie de l'enfant disparaître. L'autre écueil, c'est que les nourrices cherchent souvent à tromper et prétendent avoir accouché depuis peu de temps seulement, lorsque déjà elles ont fait presque tout l'allaitement d'un autre enfant.

Pour se garantir contre cette supercherie, il faut exiger l'acte de naissance de l'enfant de la nourrice et voir cet enfant. Pour déterminer approximativement l'âge du lait, on peut avoir recours à l'épreuve chimique d'OUMIKOV. Cette épreuve consiste dans les manipulations suivantes : on mélange 5 cm. c. de lait avec 2 cm. c. 5 d'une solution d'ammoniaque à 10 0/0, et on chauffe le mélange au bain-marie à 60° pendant 15 minutes. Le lait jeune prend alors une coloration rose pâle ; mais plus il est âgé, plus cette coloration devient foncée, de sorte qu'avec une certaine habitude on peut apprendre à reconnaître approximativement l'âge du lait d'après l'intensité de sa coloration.

Une autre cause d'altération du lait, et, partant, de dyspepsie pour le nourrisson, est constituée par le retour des règles chez la nourrice, bien que l'examen chimique d'un tel lait n'y dévoile guère de différences notables avec sa composition normale.

Quelle conduite tenir en présence d'un cas semblable ? Ici encore il faut analyser chaque cas en particulier : si les règles ne sont pas accompagnées d'un état maladif de l'enfant, on peut n'en tenir aucun compte ; il suffira de faire comprendre à la mère qu'elle est sous la menace d'une nouvelle grossesse, auquel cas elle ne pourrait pas continuer longtemps l'allaitement.

Quand les règles font leur apparition d'une façon précoce, au bout de 6 à 12 semaines, et quand l'enfant réagit par des manifestations de dyspepsie, alors il faut conseiller une nourrice mercenaire ; par contre, quand les règles ne font leur apparition qu'après six mois, alors on instituera l'allaitement mixte à l'aide de biberons de lait de vache, en faisant progressivement passer l'enfant au lait de vache seul, ayant toutefois soin de ne point le sevrer complètement du sein en été, de sorte que lorsque c'est à l'approche de l'été que les règles surviennent et que la quantité de lait diminue notablement, on fera mieux de conseiller une nourrice mercenaire.

La cause de la dyspepsie n'est pas toujours imputable au lait; parfois elle dépend de l'enfant lui-même.

C'est ainsi que dans quelques cas la dyspepsie constitue une des plus précoces manifestations de rachitisme ; cela arrive de préférence chez des enfants vivant dans un air vicié dans des habitations humides, enfants qu'on ne sort jamais en plein air. Simultanément, parfois même avant la dyspepsie, l'enfant devient pâle ; la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée et les muscles deviennent flasques ; on sent au palper des points de ramollissement osseux au-dessous de l'occiput; en même temps l'examen du lait n'y fait rien découvrir d'anormal; dans les cas de ce genre, avant de remettre l'enfant au sein d'une autre nourrice, on doit essayer d'agir sur la dyspepsie par un changement de milieu, d'habitation, et en faisant sortir l'enfant à l'air, même en hiver.

La dyspepsie peut avoir pour cause, outre le rachitisme, encore d'autres maladies générales affectant l'organisme infantile, telles que divers processus fébriles parmi lesquels il faut particulièrement insister sur la malaria qui chez les nourrissons peut même évoluer sans élévation de température, se manifestant par des coliques à retour périodique (des cris, particulièrement les nuits) et par des selles dyspeptiques. Le meilleur remède sera la quinine (0,03 à 0,05) ou l'euquinine (0,05 à 0,10) quatre heures avant l'accès.

Le plus souvent, c'est dans l'enfant même qu'il faut chercher la cause de la dyspepsie, lorsqu'il s'agit d'enfants nés avant terme qui, par suite de faiblesse congénitale de tout leur organisme et en particulier de leur tube digestif, sont atteints de dyspepsie, malgré la qualité irréprochable du lait de leur mère ; ils se suralimentent tout en tétant très modérément. Le traitement causal dans ces cas exige qu'on observe une prudence extrême dans l'allaitement, et qu'on ordonne de l'acide chlorhydrique avec de la pepsine :

℞ Acide chlorhydrique	ãã 0.20
Pepsine.	
Eau distillée.	50 gr.
Sirop simple.	5 gr.

Une cuillerée à café après la tétée.

Lorsque le médecin a su se reconnaître dans l'étiologie d'un cas donné de dyspepsie et autant que possible a su en éliminer les causes supposées, il lui reste encore à instituer un traitement symptomatique ayant pour but de supprimer les selles dyspeptiques, les vomissements et les coliques.

Dans les cas où l'enfant est très agité, lorsqu'il a des selles fréquentes, verdâtres, mais peu abondantes (en tant que quantité à chaque évacuation), lorsque le ventre est ballonné, nous commençons par prescrire un purgatif. La majorité des auteurs recommande alors le calomel à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 05. pur ou additionné de magnésie calcinée; toutefois on obtient de bons résultats également avec de l'huile de ricin à la dose d'une demi ou d'une cuillerée à café. Après le purgatif on donne soit du bicarbonate de soude à 1 0/0, soit une solution d'acide chlorhydrique à 1 0/0 dans une potion.

℞ Eau de menthe	āā 25 gr.
Eau distillée	
Bicarbonate de soude.	50 centigr.

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

ou

℞ Infusion de racines de valériane.	45 gr.
Acide chlorhydrique dilué	5 centigr.
Sirop simple	5 gr.

Comme la précédente.

Le bicarbonate de soude est principalement indiqué dans l'excès d'acidité du tractus gastro-intestinal (les évacuations irritent la peau dans le voisinage de l'anus, renvois et régurgitations très acides); l'acide chlorhydrique se prescrit principalement lorsque dans les vomissements le lait est peu caillé.

Si les coliques sont très fréquentes, il est utile d'additionner l'une ou l'autre des deux potions d'un peu d'opium sous la forme, par exemple, de teinture d'opium simple (1), en calculant de telle façon qu'il n'y ait, par jour, pas plus d'une goutte par année d'âge (enfant de 6 mois, une demi-goutte); pour les enfants de moins de six mois il vaut mieux prendre la teinture d'opium benzoïnée (2), qui est vingt fois plus faible que la précédente et par suite plus facile à doser. On peut prescrire *pro die* deux gouttes par *mois* d'âge de l'enfant, par exemple :

℞ Eau distillée.	āā 25 gr.
Eau de fenouil.	
Bicarbonate de soude.	50 centigr.
Elixir parégorique	XII gouttes
Sirop simple.	5 gr.

D. S. Une cuillerée à café toutes les deux heures (pour un enfant de trois mois).

(1) Extrait thébaïque.
(2) Elixir parégorique.

LES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE DANS LES ÉCOLES DE LAUSANNE (1)

Par les Dr COMBE,
Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine, médecin des écoles de la ville de Lausanne,
Dr SCHOLDER et Dr WEITH

II. *Causes déterminantes.*

A. *Ecole.*

Le séjour à l'école peut-il expliquer le nombre des scolioses qui se développent pendant les 7 années que l'enfant passe en classe, et quelles en sont les causes :

I. *Insuffisance de lumière.*

Nous avons déjà parlé de cette cause en traitant la cyphose, et vu que la lumière insuffisante oblige l'élève à rapprocher les yeux du papier et à incurver le dos.

Le dos rond se transforme alors tout naturellement, grâce à la fatigue, en position asymétrique et en scoliose.

La *myopie*, qui elle aussi rapproche les yeux du papier, nous amène à la même déviation vertébrale. Un seul exemple suffira :

St-Roch compte :

Surface vitrée 15 m². Myopes 8.1 0/0. Scolioses 28.2 0/0.

Villamont compte :

Surface vitrée 18 m². Myopes 6. 5 0/0. Scolioses 25. 6 0/0.

II. *Position assise prolongée.*

L'instruction obligatoire exige de l'élève un séjour prolongé de 6 à 7 heures chaque jour à l'école.

Dans nos classes l'élève reste le matin 4 h. de suite assis sur un banc avec une récréation de dix minutes à 10 heures, l'après-midi de 2 à 4 h. sans récréation. Pendant trois fois 2 heures par jour l'enfant est assis sur son banc sans interruption.

On entend souvent dire qu'il s'y repose. C'est une erreur.

Nous avons vu que la position assise est une position active; seule une contraction continuelle des muscles du dos et des jambes peut nous tenir sur notre siège, et cette contraction musculaire continue, engendre bientôt une fatigue extrême. Aussi l'enfant ne peut rester droit sur son siège, les muscles fatigués se relâchent, et le dos se courbe autant que les ligaments vertébraux le lui permettent en formant une cyphose considérable.

Un maître qui exige que ses élèves soient toujours droits exige donc une impossibilité.

Bientôt la fatigue devient grande, l'enfant épuisé s'appuie sur ses coudes ou avant-bras, et sa position devient aussitôt asymé-

(1) Suite. Voyez le nº précédent.

trique. Cette position asymétrique une fois choisie devient une habitude qui entraîne tous les inconvénients de la position vicieuse et qui si elle dure trop longtemps amène la scoliose. On a cherché, il est vrai, à enrayer la fatigue, musculaire en appuyant les lombes par un dossier plus ou moins élevé. Celui-ci facilite la position assise très droite, mais il n'empêche nullement l'enfant fatigué de glisser peu à peu en avant et de retomber ainsi dans une attitude plus vicieuse encore. Seul le dossier incliné de Schenk de Berne, combiné avec le banc excavé de Schulthess de Zurich, peut permettre au dos de se reposer quelquefois pendant la position assise ; mais ce mobilier n'étant pas dans nos écoles, nous n'avons pas à en tenir compte.

En résumé, être assis longtemps, que ce soit à l'école ou à la maison, amène nécessairement à la longue, d'abord une courbure antéro-postérieure du rachis, puis une position asymétrique vicieuse, qui engendre tôt ou tard la scoliose si l'enfant y est prédisposé.

Pour les jeunes filles, ainsi que Schildbach l'a relevé, la position asymétrique est encore augmentée par les jupes. Les élèves entrent de chaque côté dans leur banc qui est à deux places, la jupe retenue se tend et se trouve déplissée et mince sous le côté du siège qui se trouve vers le milieu du banc, sous l'autre côté la jupe est tassée et plissée en plusieurs doubles les uns sur les autres. Le bassin s'incline en dedans et la colonne lombaire forme une convexité tournée vers le milieu du banc. Pour éviter cet inconvénient, il faudrait que les jeunes filles prissent l'habitude de placer également leurs jupons sous le siège ou qu'elles changent souvent de place avec leur voisine de banc.

III. *Tables non adaptées à la taille des enfants.*

Adapter la table à la taille de l'enfant, tel est le premier point si l'on veut éviter l'attitude vicieuse. Or, ce n'est pas si facile que cela pourrait paraître au premier abord.

En effet : *première difficulté* : la taille varie suivant les pays, les races, les climats. Admettre les moyennes généralement admises dans les autres pays ne suffit pas. Il faut dans chaque canton même, mesurer les enfants avec leurs chaussures, déterminer les tailles moyennes et choisir le mobilier correspondant.

Seconde difficulté : parmi les enfants de même taille, les uns ont des vêtements épais, d'autres des vêtements minces ; il y en a des gras et des maigres ; il y en a qui ont des membres longs et le thorax court ; d'autres qui ont le thorax allongé et les membres peu développés. Il en résulte que deux enfants de même taille peuvent avoir plusieurs centimètres de différence quand ils sont assis.

Enfin : *troisième difficulté* : la taille varie d'un mois à l'autre, grâce à la croissance, si bien qu'il devient souvent nécessaire de changer l'enfant de place, même pendant le courant de l'année.

Une mensuration annuelle comme nous l'avons instituée à Lausanne par exemple, est excellente mais insuffisante dans certains cas, dans certaines années, où l'on voit des enfants grandir de 4,5 et même 7 centimètres. Ceci ne serait pas une difficulté insurmontable, car il suffirait de généraliser une innovation que nous avons déjà dans certaines écoles, savoir de graver sur la porte de chaque classe une échelle centimétrique allant de 70 à 180 cm., ayant en regard les numéros correspondants des tables scolaires. Si un élève a grandi et ne se trouve plus être dans le banc qui correspond à sa taille, il suffit au maître de placer l'enfant devant la porte pour voir d'un seul coup d'œil à la fois la hauteur de l'enfant et le banc scolaire dans lequel il doit être placé.

On le voit, la hauteur des tables est d'une importance considérable en hygiène scolaire, non pas la hauteur absolue, mais la hauteur relative, par rapport au banc.

C'est à cette mesure que Fahrner a donné le nom de *différence*. La différence est donc la distance entre le bord de la table et le banc, distance qui doit être égale (si le banc est bien proportionné) à la *hauteur du coude*, soit la distance entre le coude et l'ischion. Il est donc facile de savoir si une table est à la hauteur correspondante à la taille de l'enfant. Il suffit de faire mettre à l'élève assis droit, la main sur la table, le coude au corps.



Fig. 1.

Si l'avant-bras est horizontal, la table est à la bonne hauteur.
Si l'avant-bras est incliné en avant, la table est trop basse.
Si l'avant-bras est incliné en arrière, la table est trop haute.
Cependant il est bon de faire remarquer que l'avant-bras s'élève légèrement pour écrire ; on peut donc augmenter la hauteur du coude de quelques centimètres, c'est-à-dire qu'un avant-bras légèrement incliné en arrière peut encore être admis.

Lorsque la différence est normale, on trouve entre la table et les yeux de l'élève une distance de 35 c., distance qui est précisément celle à laquelle l'œil normal peut travailler sans fatigue.

Si la table est trop haute, les livres et cahiers sont trop rapprochés de l'œil, ce qui peut engendrer la myopie.

De plus, l'élève est obligé d'écarter les coudes et de lever l'épaule droite, et bientôt il en résulte une incurvation de la colonne vertébrale à convexité droite : scoliose en D.

Si la table est trop basse, l'élève, pour que son œil soit à 35 cm. de ce qu'il veut regarder, est obligé de pencher la tête.



Fig. 2.

Comme nous l'avons vu, cette inclinaison s'accentue par la fatigue et rapproche de plus en plus les yeux de la table, ce qui favorise la myopie.

Cette inclinaison amène ensuite une incurvation de la colonne

vertébrale,avec tous ses inconvénients : une compression veineuse du cou avec goitre ; au thorax, un rapprochement des côtes avec diminution des espaces intercostaux, une diminution de la cage thoracique avec difficulté de respiration et de circulation ; l'abdomen se plie, l'estomac est comprimé et ses mouvements sont rendus plus difficiles.

Il est donc de la plus haute importance que la différence corresponde exactement à la hauteur du coude.

IV. — *Tables mal construites.*

Après la *différence*, il n'est aucune mesure qui ait une importance comparable à la *distance*, c'est-à-dire au rapport horizontal entre la table et le banc. La *distance* est donc, en hygiène scolaire, l'espace horizontal entre la table et le banc. Cette distance peut être nulle, positive ou négative.

Une distance positive est nécessaire si l'on veut se tenir debout dans le banc, ce qui est très exceptionnel. Pour écrire, au contraire, elle est très défavorable ; plus elle est grande, plus la tête doit s'incliner, plus le corps doit s'incurver.



Fig. 3.

Même légère, la distance positive exige une position assise en avant avec toutes ses conséquences désastreuses.

Une distance nulle permet à l'élève d'entrer dans le banc et d'en sortir, mais non de s'y tenir debout. Il est obligé de sortir dans le couloir pour répondre debout. Par contre, pour l'écriture, la position est beaucoup meilleure, la tête et le corps restent plus droits, les yeux se rapprochent moins du papier et la vision se fait sous un angle plus favorable.

Une distance négative de quelques centimètres rend l'acte de se lever difficile ; aussi a-t-on tourné la difficulté en rendant la table ou le banc mobile, par exemple table à glissement ou table mobile sur un axe se levant et s'abaissant à volonté, ou à valve banc mobile autour d'un axe, etc.

Par contre, la distance négative est excellente et des plus hygiéniques pour l'écriture, qui peut se faire dans une excellente position



Fig. 4.

tion avec colonne vertébrale droite ; les yeux sont à une distance normale, l'angle de la vision est encore meilleur que dans la distance nulle.

I. Mauvaise position du cahier pendant l'écriture.

a) *Position latérale droite du papier.*

La ligne bioculaire se place toujours parallèlement à la ligne du livre du cahier ou à la ligne que l'enfant écrit. Or la ligne du cahier, dans toutes les positions latérales, surtout dans la position latérale droite, cahier oblique, monte de bas en haut et de gauche à droite, l'œil gauche est situé plus bas que le droit ; la tête se tourne à droite et se fléchit sur l'épaule gauche. Cette position de la tête entraîne bientôt tout le corps qui se tourne aussi à droite ; le bras droit s'écarte et s'étale sur la table, le bras gauche s'avance et devient le support principal du corps. L'épaule gauche s'élève, l'épaule droite s'abaisse et la colonne vertébrale forme bientôt une forte courbure sinistro-convexe.

En résumé : la conséquence finale des deux positions latérales droites du papier est une tendance à la production de la myopie et une incurvation du squelette à gauche.

La position latérale du papier est donc nuisible à la santé et doit être absolument rejetée.

Or, la grande majorité de nos enfants écrivent dans cette position, qui déplace l'équilibre du corps et favorise la position asymétrique.

b) *Position médiane du papier.*

I. *Papier incliné.* Examinons d'abord le cas du papier incliné à gauche, c'est-à-dire écriture inclinée dite anglaise.

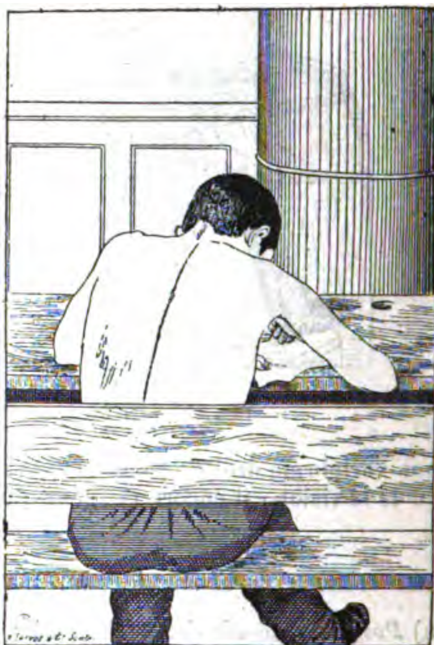


Fig. 5.

Papier peu incliné. Placez horizontalement devant vous un livre et essayez de lire. Votre ligne biculaire sera parallèle aux lignes du livre ; inclinez votre livre à gauche, et immédiatement vous sentirez votre tête s'incliner sur votre épaule gauche ; l'instinct vous pousse à placer votre ligne de regard parallèlement aux lignes ; l'œil gauche se trouve placé plus bas, l'œil droit plus haut, la tête se tourne légèrement à gauche. Il en résulte donc une légère rotation à gauche et une légère flexion de la tête à gauche.

Cette flexion de la tête augmente avec l'inclinaison du papier si elle est forte ; l'enfant, pour éviter la fatigue, exécute une rotation de la colonne vertébrale et des épaules. L'élève est alors assis obliquement la tête et le corps tournés à gauche, le bras droit est en avant largement appuyé, le bras gauche pendant, à peine appuyé sur la table, la colonne vertébrale incurvée à droite (scoliose en D). Cette attitude, comme la scoliose en C, rapproche finalement l'œil du papier, ce qui, à la longue, peut déterminer la myopie.

Hâtons-nous d'ajouter que cette attitude ne se trouve que quand le papier est très incliné.

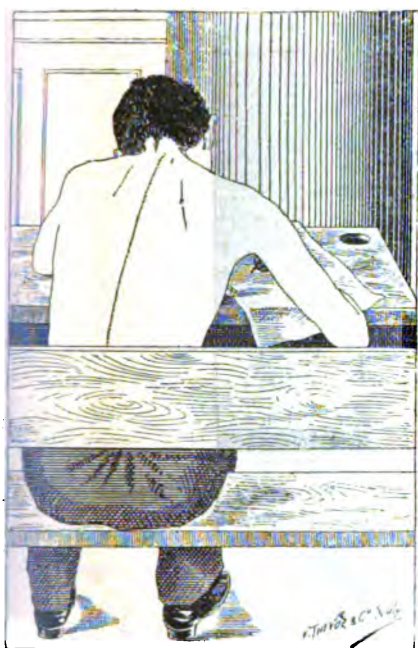


Fig. 6.

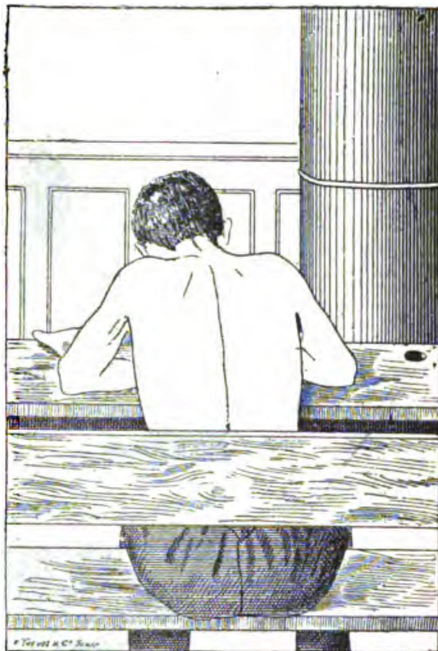


Fig. 7.

S'il l'est à moins de 30 c., cette attitude vicieuse est très peu appréciable.

Concluons donc : dans la position médiane avec papier incliné à gauche, si l'inclinaison est faible, déviation très légère de la tête seulement, position peu nuisible ; si l'inclinaison est forte, incurvation du rachis à convexité droite, tendance à la myopie, position nuisible et à rejeter.

II. *Papier droit.* Dans la position médiane, papier droit, l'écriture est droite, on ne peut tracer que des caractères droits, la ligne du regard reste horizontale, la tête droite, le corps et la colonne vertébrale droits.

Conclusions : la position médiane, papier droit, est la meilleure de toutes les positions au point de vue hygiénique.

Quelques auteurs ont recommandé l'écriture anglaise sur le papier médian droit ; cette écriture n'est possible dans cette position que si l'élève s'incline lui-même avec torsion du tronc. Dally a maintes fois dessiné et constaté cette incurvation de la colonne vertébrale à convexité gauche. Il vaut beaucoup mieux laisser l'enfant incliner son cahier plutôt que tordre sa personne.

Comme on le voit par ce long raisonnement, la seule écriture hygiénique est l'écriture droite.

La seule position du papier est le papier médian droit.

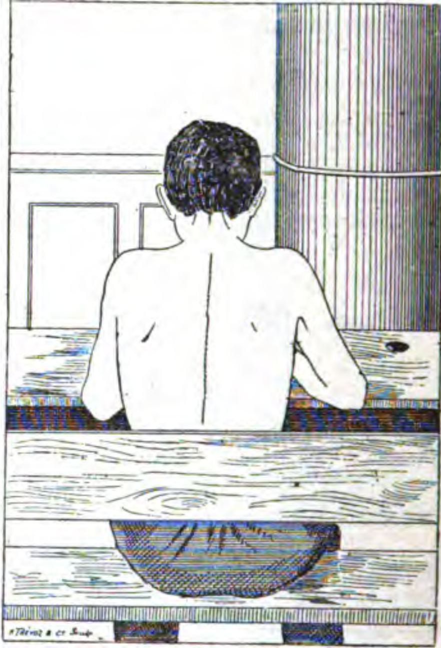


Fig. 8.

La seule position du corps est le corps droit. Loi que George Sand avait condensée dans sa formule restée célèbre :

Ecriture droite, papier droit, corps droit.

Cette position symétrique n'exige ni courbure, ni déviation.

Sans doute la fatigue oblige bientôt l'enfant à changer de position ; aussi voit-on même avec cette position du cahier des enfants courbés ; mais ils sont infiniment moins nombreux, ainsi que nous le prouve la statistique suivante :

Enfants courbés :

	Ecriture penchée	Ecriture droite
Nuremberg	24 %	15 %
Zurich	32	12
Munich	24	15
Wurth	65	31
Wurzbourg	28	8

Si on laisse les enfants écrire comme ils le désirent, on trouve des chiffres quelque peu différents :

Schenk a trouvé sur 200 enfants en faisant des mensurations instrumentales exactes :

160	ou	80 0/0	avec scolioses sinistro-convexes.
34	ou	16 0/0	avec scolioses dextro-convexes.
6	ou	3 0/0	sans scolioses.

Or, nous trouvons dans nos écoles :

70,3 0/0	scolioses sinistro-convexes.	
21,1 0/0	»	dextro-convexes.
8,5 0/0	»	combinées.

Cette grande ressemblance des chiffres nous montre combien



Fig. 9.

importante est cette question de l'écriture qui, dans l'étiologie de la scoliose, l'emporte sur toutes les autres.

Pendant l'écriture et le dessin, la position doit rester longtemps la même, les compressions et les tractions inégales produites par la position asymétrique sont de longue durée et sont répétées chaque jour ; il n'est donc pas étonnant que les tissus finissent par céder à cette poussée et à cette traction et à engendrer les scolioses.

B. — Maison.

Nous avons terminé l'examen de l'influence néfaste qu'exerce l'école sur l'étiologie de la scoliose, examinons aussi l'influence de la maison et nous allons voir que bien loin de prévenir ces causes et d'essayer d'y remédier, elle tend de plus en plus à les augmenter. Pour les garçons, la maison est moins dangereuse. Lorsqu'il a fait ses devoirs, le jeune garçon peut en général s'amuser, courir dehors au grand air, ou si le temps est mauvais on lui permet de s'amuser dans la maison, même bruyamment.

Les jeunes filles ont certainement le même besoin d'action, et un simple coup d'œil dans une cours scolaire suffit pour le démontrer, mais il n'est pas convenable de jouer et de faire du bruit comme un garçon ; après les devoirs, il faut rester assise tranquillement, sans bruit, à lire, crocheter ou jouer du piano, même sans talent. Il faut confectionner des cadeaux de fête ou de fin d'année pour toute la famille.

Il faut prendre des leçons particulières de chant, de langues, de dessin, si bien qu'il leur reste à peine le temps de manger et de dormir, et ce travail étiolant accentue les inconvénients de l'école au lieu de les amoindrir.

Lorsque cette conduite se reproduit jour après jour et année après année, on comprend que l'état général en souffre et que le nombre des scolioses soit beaucoup plus considérable chez les filles que chez les garçons.

Notre statistique, on l'a vu, n'est pas à ce point de vue très probante.

Nous trouvons chez les filles scolioses		26 7 0/0
—	chez les garçons	23 0 0/0.

Ceci s'explique d'une part parce que 2 classes de premières, filles, n'ont pu être examinées, ce qui abaisse d'autant notre total général, en second lieu notre examen a porté sur des jeunes filles *des écoles primaires*, chez lesquelles les leçons particulières de musique, de dessin et de langues n'ont pas encore pénétré ; chez lesquelles, au contraire, on exige beaucoup de participation au travail du ménage, aux commissions et aux soins à donner aux petits frères et sœurs. Or les travaux du ménage se font pour la plupart debout ou sans exiger une attitude spéciale longuement prolongée. Quant aux commissions les garçons en font aussi quelquefois, mais ils portent les paquets sur le dos, dans la hotte, les filles les portent ordinairement dans des paniers suspendus au bras, ou à la main gauche, comme les sacs d'école ; la droite restant libre pour relever la robe ou porter de petits objets. Enfin, nos grandes élèves portent presque toujours leurs petits frères et sœurs sur le bras gauche.

L'attitude qui en résulte est une scoliose combinée qui corrige, comme nous avons vu, la scoliose totale sinistro-convexe

scolaire. Tout cela explique pourquoi le nombre de nos scoliotiques filles n'est pas beaucoup plus considérable que celui des scoliotiques garçons, comme on l'observe dans les écoles secondaires.

Mais il serait très erroné de croire que la maison n'exerce son influence funeste que sur les filles des écoles supérieures.

Nous avons signalé comme causes de la scoliose l'insuffisance de la lumière, les tables non adaptées à la taille, la mauvaise position du cahier, et la position vicieuse qu'elle engendre ; or ces causes, très importantes à l'école, se trouvent dans des conditions bien plus mauvaises à la maison.

Quand on se représente que les devoirs à la maison se font au crépuscule, ou à la mauvaise lumière d'une chandelle ou d'une lampe fumeuse, quand on a vu ce foyer de lumière le plus souvent mal placé et projetant des ombres sur le cahier, quand on s'imagine quelle mauvaise encre sert à écrire, on comprend sans peine que l'insuffisance de lumière oblige l'enfant à rapprocher de plus en plus les yeux du cahier, ce qui engendre bientôt la position vicieuse.

Ajoutons à cela le mobilier, qui est la table de la cuisine ou de la chambre à manger, ronde, très souvent, ou le coin d'une commode ou même de l'évier, comme j'ai eu l'occasion de le voir, et pour siège un tabouret ou une chaise d'adulte, et l'on comprend sans peine qu'il soit impossible à un enfant de se tenir droit, même s'il le désire.

Quant à la position du cahier et à l'attitude de l'enfant, lorsqu'on sait combien le maître doit lutter pour l'obtenir à l'école et combien peu il y arrive, on se représente facilement ce qui doit se passer à la maison.

Sans doute, la longueur du travail à la maison est moindre que celle du travail de l'école, mais ce travail est toujours beaucoup trop considérable, et moins on donnera de devoirs à faire à la maison, moins aussi on mettra l'enfant dans l'obligation de se mal tenir.

Conclusions.

L'école, grâce à la longue durée de la position assise qu'elle exige, grâce, surtout à l'attitude vicieuse des élèves pendant l'écriture, est la cause la plus importante des scolioses ; la maison, grâce à ses conditions hygiéniques défavorables, augmente et exagère encore les méfaits de l'école.

Mais pourquoi, alors que nous voyons 80 0/0 de nos élèves dans une position vicieuse dès qu'ils sont en classe, pourquoi 23 0/0 seulement sont-ils scoliotiques, pourquoi les 75 0/0 autres ne le sont-ils pas ?

N'en est-il pas de même pour l'adulte qui peut s'exposer à des causes nocives nombreuses (l'acoolisme, par exemple) et qui au moins en apparence n'en éprouve aucun dommage ?

Il en est de même chez l'enfant. C'est grâce à son excellente constitution que ses vertèbres résistent aux pressions exagérées d'un côté et aux tractions augmentées de l'autre. Plus un enfant est sain et résistant, mieux il saura résister aux causes nocives. Au contraire, les prédisposés, les faibles, les anémiques, les rachitiques, les convalescents de maladies graves à peine entrés à l'école accusent déjà des courbures scoliotiques sérieuses.

Il ne suffit donc pas pour éviter les scolioses de limiter le temps consacré à la station assise, à l'écriture et aux devoirs à la maison qui causent directement la position asymétrique d'où naît la scoliose, il convient d'éviter tout ce qui affaiblit la santé générale de l'enfant, tout ce qui diminue sa force de résistance vis-à-vis des causes nocives de l'école et de la maison.

Ce souci ne doit pas seulement occuper les parents, mais aussi ceux qui dirigent les écoles.

Là on ne doit pas s'occuper seulement du développement intellectuel de l'enfant en négligeant complètement la santé physique.

Depuis que l'école est devenue obligatoire, depuis que les programmes sont de plus en plus surchargés, on s'est aperçu que la faculté de travail dépendait bien souvent de la santé physique.

Depuis ce moment on s'est efforcé d'éliminer de l'école toutes les causes anti-hygiéniques, sentant combien nos moyens d'action sur la maison sont limités et même mal vus.

Nos écoles de Lausanne présentent, au point de vue du cube d'air, de la ventilation, du chauffage, de l'éclairage, etc., les meilleures garanties.

Le mobilier scolaire est adapté à la taille des élèves et presque partout suffisant, le matériel scolaire est bon et répond aux dernières données de l'hygiène scolaire et c'est à ces conditions hygiéniques excellentes que nous attribuons le fait réjouissant que notre statistique indique moins de scolioses que celles publiées précédemment dans d'autres pays. Nous avions pu faire la même constatation pour la myopie dans une de nos enquêtes. —

Par contre, l'hygiène de l'écolier, l'hygiène du travail intellectuel, la position du corps pendant l'écriture laissent encore beaucoup à désirer dans nos écoles, et, ainsi que nous l'avons vu, ce sont tout particulièrement ces causes qui prédisposent aux déviations vertébrales ou même les déterminent.

Ce sont donc elles qu'il nous faut chercher à modifier et à éliminer de nos écoles, et voici en résumé quels sont les desiderata à formuler :

1. Les enfants faibles ne seront pas admis trop tôt à l'école.

2. Avant leur entrée à l'école, on examinera les élèves au point de vue du pied plat unilatéral ou de l'inégalité de longueur des jambes.

3. On améliorera l'éclairage des écoles. L'éclairage des classes

sera maxima, si possible latéral gauche et postérieur ; les livres seront imprimés en gros caractères, le papier sera aussi blanc, les lignes aussi noires que possible.

4. Le mobilier scolaire sera à distance négative et bien adapté à la taille, de façon que lorsque l'enfant est assis dans son banc le bord de la table soit à la hauteur du coude. On aura soin d'avoir un certain nombre de numéros de table, et chaque classe en aura au moins trois grandeurs.

5. On diminuera la durée de la position assise, qui cause les positions dites de fatigue, en munissant les bancs de dossiers légèrement inclinés en arrière et surtout, nous insistons sur ce point, en multipliant les récréations (une récréation de 10 min. après chaque heure de classe) pendant lesquelles l'enfant devra se donner le plus de mouvement possible.

6. On augmentera le nombre des leçons de gymnastique et de jeux scolaires, et on les portera si possible à une 1/2 heure par jour.

7. On surveillera mieux la position des élèves pendant l'écriture, en consacrant suffisamment de temps, lors de l'entrée des élèves en VIIe classe, à leur donner des notions exactes sur la position symétrique du corps (tête, coude, jambes, pieds), en leur apprenant à bien tenir et diriger leur plume, à bien placer leur cahier (exercices de commandement) ; on ne commencera l'écriture que quand ces notions préliminaires seront devenues familières à l'enfant.

On donnera la préférence à l'écriture droite, qui est celle qui produit le moins d'attitudes penchées et qui maintient la tête à une plus grande distance du cahier.

On exigera de l'enfant la position médiane du cahier, papier droit dans les classes inférieures, très légèrement penché dans les classes supérieures.

Pendant l'écriture, le maître exercera une surveillance très stricte sur la position des élèves. L'enfant sera dans une position symétrique, les yeux éloignés du papier de 35 centimètres, les deux coudes posés à égale distance du corps, les deux jambes placées l'une à côté de l'autre, les genoux et les pieds non croisés et les jambes verticales et non obliques sous le banc.

On interrompra de temps en temps la leçon, qui sera aussi courte que possible pour faire lever les enfants, et leur faire exécuter au commandement quelques mouvements d'élévation des bras.

Tous les enfants qui décidément se tiennent mal seront envoyés au médecin des écoles.

8. La seule manière d'agir sur la maison sera de diminuer le plus possible dans les classes supérieures la longueur et le nombre des devoirs, afin que l'enfant ait le temps de jouer, de patiner, de se luger, de nager, exercices que l'on ne saurait trop recommander.

Dans les classes inférieures les devoirs à la maison seront supprimés.

9. Pour les devoirs écrits à faire à la maison, on donnera aux enfants les conseils suivants que bien peu pourront suivre à la lettre.

a) « Assieds-toi de manière à avoir la lumière (lampe) à ta gauche, afin de n'avoir pas l'ombre sur ton papier.

b) « Pour écrire pousse ta chaise sous la table de manière que « son bord antérieur se trouve avancer de 5 cm. sous le bord de la « table, de manière cependant que ta poitrine soit séparée de ce « bord par quelques centimètres et qu'elle ne le touche pas.

c) « La chaise sera suffisamment haute pour que la table soit à « la hauteur du coude ; si la chaise ordinaire est trop basse, place « un coussin ou un livre sur la chaise.

d) « Place tes pieds à plat sur le plancher de manière que toute « la semelle y repose; si cela ne se peut pas, prends un petit banc « sous tes pieds. Ne croise pas les jambes, ni les pieds, et ne place « pas ceux-ci en arrière sous le siège.

e) « Assieds-toi sur ta chaise de manière que ta poitrine soit « parallèle au bord de la table, pose tes bras au tiers sur la table « bien symétriques, sans trop éloigner les coudes du corps.

f) « Place ton cahier exactement devant toi, droit pour l'écri- « ture droite, et très légèrement penché pour l'écriture anglaise, « et pousse-le peu à peu en haut avec la main gauche, à mesure « que tu t'approches du bas de la page.

g) « Les filles feront attention à ce que les jupes ne reposent « pas d'un côté du siège.

h) « Pour lire et apprendre par cœur, pousse ta chaise en arrière, « appuie-toi au dossier et tiens ton livre debout légèrement pen- « ché sur la table.

i) « Soit pour lire, soit pour écrire, tiens tes yeux à 35 centi- « mètres au moins du papier. Si tu ne le peux pas par mauvaise « habitude, prends la lunette « Geradehalter de Muller », chez Iberg, « opticien, à Bâle.

« Si tu copies, ne place pas le livre à côté de ton cahier, mais « au-dessus. »

10. On a déconseillé aux parents les nombreuses leçons particulières : chant, piano, dessin, déclamation, les longs ouvrages à l'aiguille, qui augmentent beaucoup la fatigue de l'école.

11. Le médecin scolaire surveillera les enfants faibles, anémiques qui seront dispensés de tout ou partie des travaux scolaires. Le médecin scolaire peut souvent, dans ses visites, corriger une mauvaise position par ses conseils : changeant de place, recommandant un banc légèrement penché, une certaine position des bras ou une double semelle au soulier, défendant ou ordonnant de porter les livres à la main, dispensant des travaux écrits ou devoirs à la maison, et en recommandant l'écriture droite, etc.

Il surveillera les exercices gymnastiques et recommandera, si nécessaire, un traitement orthopédique.

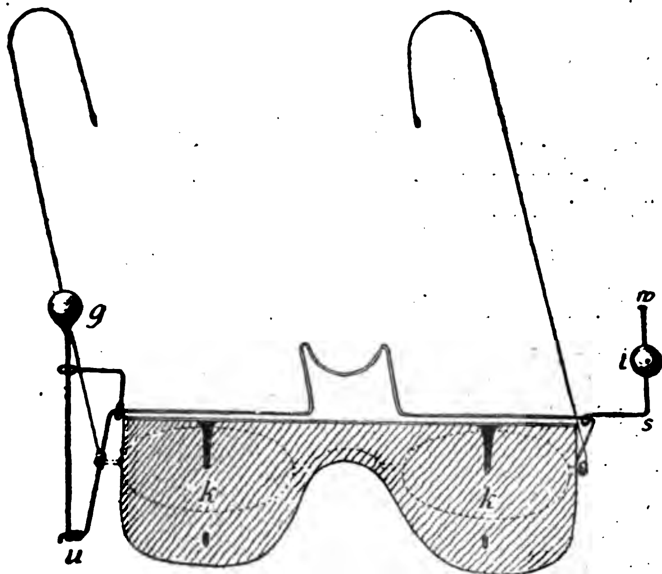


Fig. 10.

On le voit le mal est grand et il est temps que l'on s'en préoccupe. Avec le gouvernement, les instituteurs, les médecins s'unissent pour la lutte et la scoliose ne sera bientôt plus une maladie scolaire.

Si notre travail pouvait contribuer à ce résultat son but serait pleinement atteint.

Nous ne saurions terminer sans remercier nos éminents collaborateurs et amis Scholder et Weith pour l'enquête si consciencieuse qu'ils ont faites dans nos écoles, enquête qui seule nous a fourni les éléments nécessaires pour ce travail.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Empoisonnement par l'émail plombifère d'un hache-viande. — Garnier (1). M. le prof. Simon soignait un enfant de huit ans pour une entérite rebelle au régime lacté. Il le mit aux purées de légumes et au jus de viande, quand tout à coup le petit malade fut pris

(2) Congrès des Sociétés savantes tenu à Nancy du 9 au 13 avril.

d'accidents graves caractérisés surtout par de l'ictère hémaphéique et de l'indicanurie.

Ces troubles firent songer à une intoxication, mais laquelle? En examinant le hache-viande employé dans la famille, on constata que l'émail qui tapissait l'intérieur de l'appareil avait été enlevé par le frottement du ressort et on songea à examiner cet émail.

M. Garnier constata que 7 gr. de cette substance contenaient 0,26 de plomb. D'un autre côté, lorsque cet émail est pulvérisé, le plomb qu'il renferme peut être attaqué par les sels alcalins de l'intestin.

Ces données éclairent la genèse des accidents présentés par le petit malade ; il a fait de l'intoxication plombique n'ayant porté que sur la glande hépatique, en raison, sans doute, de la faible quantité de substance toxique ingérée.

Zur Diagnose der angeborenen Herzfehler (*Sur le diagnostic des malformations congénitales du cœur* (1). — Le diagnostic du plus fréquent des vices congénitaux du cœur, la sténose pulmonaire, est facile. La persistance du trou de Botal peut aussi être reconnue ; mais plus difficile est le diagnostic de la perforation du septum ventriculaire, dont cependant certaines observations établissent la possibilité du diagnostic. C'est d'ailleurs rarement une malformation isolée.

L'état du pouls a beaucoup de valeur dans le diagnostic pour éliminer la sténose aortique. Il faut aussi tenir grand compte de la propagation du souffle systolique dans les vaisseaux du cou, qui peut tenir à des causes différentes : rarement à la sténose pulmonaire, quelquefois à la persistance du conduit de Botal, ou à la perforation du septum.

Les enfants atteints de ces malformations supportent souvent remarquablement bien les infections aiguës.

Extra-dural abcess (*Abcès extra-dural*) (1). Grangée. — A la Société médicale du Midland, le 30 janvier 1901, M. Camgee a montré une fillette de 12 ans, qui, au commencement de novembre 1900, présentait des symptômes indiquant des troubles cérébaux dus à une affection de l'oreille moyenne. Depuis deux ans elle avait une otite moyenne suppurée : le seul symptôme précis était une sensibilité de la mastoïde gauche. On ne trouva rien à l'examen du côté gauche ; mais cinq jours plus tard, en examinant le côté droit, on vit sortir du pus entre l'os et la dure-mère au niveau du lobe droit du cervelet. L'enfant guérit parfaitement.

Pseudo-myxœdème syphilitique précoce (2). — M. Faisans a montré à la Société médicale des hôpitaux une jeune fille de quinze ans qui est atteinte à la fois d'une infection gonococcique

(1) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1900.
(2) Séance du 10 mai 1901.

(vulvite, vaginite, bartholinite, salpingite double, etc.) et d'une infection syphilitique (double ulcération au niveau de la petite lèvre droite, plaques muqueuses, roséole, adénopathies multiples, etc.). L'intérêt de ce fait réside surtout dans une infiltration œdémateuse considérable dont les membres, principalement les membres inférieurs, sont le siège. Cette infiltration sous-cutanée diffère de celle des myxœdémateux par sa dureté ligneuse, par sa localisation aux membres (la face et les muqueuses sont respectées), par la présence de bourrelets saillants au-dessus des chevilles et poignets, par la coloration livide des téguments, et aussi parce qu'elle n'est pas accompagnée de troubles psychiques. En raison de tous ces caractères, l'orateur croit qu'il s'agit plutôt d'une variété d'œdème syphilitique remarquable par la précocité de son apparition, car c'est une huitaine de jours seulement après l'accident primitif que cette infiltration aurait commencé à se manifester. Il faut noter, toutefois, que la médication thyroïdienne, à laquelle la malade a été soumise en même temps qu'au traitement spécifique, paraît avoir atténué très notablement cet œdème.

Cough in influenza simulating whooping cough (*Toux grippale simulant la coqueluche*). F. Forchheimer (1). — Le début est celui d'une atteinte de grippe, puis au bout de deux ou trois jours apparaît la toux coqueluchoïde, qui peut se montrer chez plusieurs membres de la famille, même chez ceux qui ont eu la coqueluche. C'est surtout le soir et la nuit que la toux est pénible ; elle ne s'accompagne pas de reprise nette, sauf dans quelques cas. Mais elle peut entraîner les vomissements et l'expectoration. Les accès sont plus fréquents et moins longs que ceux de la coqueluche. L'ulcération du frein de la langue peut exister, et parfois à un haut degré, il peut y avoir d'autres ulcérations sur la langue.

Symptômes bronchitiques variables, plus intenses dans les formes respiratoires que dans les formes gastro-intestinales de la grippe. Durée variable suivant les cas et le traitement. Abandonnée à elle-même, la toux dure six à huit semaines ou plus, mais elle peut être abrégée le plus souvent (huit à dix jours). Elle peut se compliquer de bronchite, broncho-pneumonie, laryngite, etc.

CHIRURGIE INFANTILE PRATIQUE

Radiographies d'un corps étranger et de calculs de la vessie chez des enfants (2). — M. Phocas a présenté à la Société de chirurgie :

1° La radiographie d'une épingle à cheveux placée verticalement dans la vessie d'une petite fille de trois ans et qu'il a enlevée avec succès par la cystotomie sus-pubienne.

(1) *Arch. of. Péd.*, nov. 1900.
(2) 27 février 1900.

2° Deux radiographies montrant des calculs de la vessie chez deux enfants âgés l'un de dix ans, l'autre de sept ans; ces calculs ont également été extraits par la taille hypogastrique.

Fréquence des calculs vésicaux chez les enfants hovas. — M. Potherat (1). — D'après M. Fontoynont, les calculs vésicaux seraient très fréquents chez les Hovas, mais particulièrement chez les enfants (13 cas sur 18 observés en deux ans). L'affection se rencontre presque exclusivement chez les petits garçons (12 garçons pour une fille); on l'observe chez des enfants âgés de quelques mois à peine. Les calculs sont tantôt uniques, tantôt multiples (M. Fontoynont cite le cas d'un enfant qui possédait 10 calculs, chacun du volume d'un œuf de poule !); ils sont presque toujours composés d'oxalates, rarement d'urates. Le traitement a consisté : 4 fois dans l'extraction par les voies naturelles, 1 fois dans la taille prérectale, 9 fois dans la taille hypogastrique. Sur ces 9 derniers opérés, un seul est mort.

Polype de l'oreille chez un enfant de 16 mois (2). Joncheray. — Otorrhée double depuis l'âge de 2 mois. Depuis huit jours : vomissements, cris, insomnie, roideur du cou. Ablation d'un gros polype (à l'insu de la mère qui refusait toute opération), ouverture et curettage par le conduit d'un vaste abcès antral qui avait effondré la paroi postérieure du conduit. Cessation des vomissements au bout de quatre jours. Guérison de l'oreille gauche en 15 jours, de l'oreille droite en un mois.

Post-nasal adenoids (*Végétations adénoïdes*) (3). Mc Keown, dans la séance du 6 février 1901 de la Société médicale de Manchester, à propos de 2.000 opérations pratiquées pour l'enlèvement des végétations adénoïdes, a déclaré qu'on exagérait l'importance diagnostique que l'on attachait au facies caractéristique : l'âge n'est pas un facteur dominant pour déterminer le traitement: certains symptômes qui ont été décrits comme réflexes peuvent être expliqués autrement : toutes les fois que les végétations adénoïdes se rencontraient chez des sujets nerveux, l'opération était indiquée. La rareté de l'incontinence d'urine n'était qu'apparente: l'aération imparfaite du sang était insuffisante pour expliquer les symptômes qu'on lui attribuait; que l'éducation à faire au point de vue des résultats de l'ouïe était remplacée par deux faits : l'amélioration immédiate, et une guérison ultérieure possible.

(1) Société de chirurgie, séance du 20 mars 1901.
(2) Société de médecine d'Angers, séance du 6 février 1901.
(3) *British. Med. Journal*, 3 février 1901.

Perforated gastric ulcer : operation twenty-eight hours after perforation : recovery. (*Ulcère gastrique perforé. Opératio 28 heures après la perforation. Guérison*).— M. WYNTER SHETTLE (1). — La malade, jeune fille anémique de 17 ans, avait de l'anémie, avec quelques symptômes de dyspepsie, mais sans aucun signe d'ulcère gastrique. A 2 heures de l'après-midi, quelque temps après avoir mangé du pain et du fromage, pendant qu'elle balayait la cuisine de sa mère, elle ressentit brusquement dans la partie supérieure de l'abdomen une douleur qui lui fit perdre connaissance, puis elle éprouva une douleur dans tout l'abdomen et se mit à vomir ; le lendemain, le médecin, appelé, diagnostiqua une perforation d'ulcère et l'envoya à l'hôpital.

A son entrée, elle était dans le collapsus : température 38° 7 : pouls 110 : l'abdomen était tendu et douloureux : elle se plaignait d'une douleur générale dans tout l'abdomen et le dos : la matité hépatique était normale, et il était peu distendu : elle avait eu une selle dans la matinée de la veille, mais elle n'avait eu ni matière ni gaz depuis le début de la maladie.

28 heures après la rupture de l'ulcère, SHETTLE ouvrit l'abdomen par une incision s'étendant du cartilage scayphoïde à l'ombilic. Les intestins étaient accolés par de la sérosité et il s'échappa une certaine quantité de liquide trouble. Ce liquide semblait provenir du voisinage du pylore, aussi l'ouverture fut elle agrandie par une incision transversale à travers le muscle grand droit. Après avoir soigneusement séparé les adhérences, on mit à jour l'extrémité pylorique de l'estomac, mais on ne trouva aucune perforation : le bord du foie fut relevé doucement, et on aperçut un petit orifice sur la paroi antérieure de l'estomac près de la petite courbure au-dessous du cardia. Autour de la perforation se trouvait de l'induration et de l'épaississement de la paroi de l'estomac. L'orifice fut fermé par des sutures en soie, l'abdomen soigneusement épongé, et la plaie fut suturée par les moyens ordinaires : une mèche de gaze antiseptique fut placée entre le siège de la perforation et la partie supérieure de l'incision abdominale. En lavant la cavité péritonéale, on s'occupa spécialement des espaces sous-phréniques : pendant l'opération on fit plusieurs injections sous-cutanées de strychnine.

La malade reposa bien après une injection de morphine le jour suivant : elle eut quelques vomissements : on l'alimenta avec des lavements toutes les 6 heures, et jusqu'au 4e jour elle ne prit rien par la bouche, et alors on lui donna un peu de lait peptonisé : on augmenta la quantité graduellement : elle n'eut plus de vomissement après les premières 24 heures. Le 3e jour de l'opération la température s'éleva à 39°, et ensuite elle fut normale. Le second jour, les fonctions intestinales se rétablirent : le 3e jour

(1) *British Med. Journ.*, 11 mai 1901.

on retira la mèche de gaze pour la remplacer par une plus petite, puis la fistule fut définitivement guérie 14 jours après l'opération, et la malade quittait l'hôpital sans avoir eu aucune complication.

Kyste dermoïde tordu chez une enfant de onze ans et demi. — M. Legueu (1). — Une enfant avait toujours été bien portante jusqu'à il y a environ trois mois, époque à laquelle elle a été prise de phénomènes abdominaux pouvant être attribués à une crise appendiculaire. Le 12 avril, elle est reprise, en se levant, de douleurs abdominales très vives. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements. Un médecin, appelé le 14 avril, diagnostique une appendicite et fait transporter la malade à l'hôpital.

A son entrée, la température est de 38°5. Le ventre est extrêmement douloureux et cela surtout à droite. Cette douleur, ainsi que la flexion des jambes, rend le palper très difficile. Nous avons pensé à une appendicite aiguë et décidé d'intervenir immédiatement. L'appendice est absolument sain, mais la cavité pelvienne est remplie par deux kystes dermoïdes dont le droit est tordu et a le volume d'une tête de fœtus, tandis que le gauche a les dimensions d'un œuf de poule. Nous avons pratiqué l'ablation de ces kystes qui contenaient tous deux des cheveux dans leur intérieur.

MÉLANGES SCIENTIFIQUES

Cysto-diagnostic du kyste de l'ovaire et de la péritonite tuberculeuse. — Tuffier et Milian. — Le cysto-diagnostic permet de différencier cliniquement d'une manière absolue le kyste de l'ovaire de la péritonite tuberculeuse, dont le diagnostic est souvent si difficile à porter.

La péritonite tuberculeuse à forme ascitique possède un liquide à lymphocytes ; au contraire, le liquide du kyste de l'ovaire présente une multitude de cellules différentes dont les plus caractéristiques sont de grosses cellules ovalaires ou rondes remplies de vacuoles, et des cellules cylindriques dont l'un des pôles porte une touffe de cils vibratils. Ces dernières ne sont pas absolument constantes. L'examen direct, sans coloration, est la meilleure méthode qui convienne à cette étude.

Formation d'urée par oxydation de l'albumine. — M. L. Hugounenq. — Poursuivant les recherches dont il a déjà entretenu l'Académie sur l'oxydation, par les persulfates alcalins, de quelques principes immédiats de l'organisme, M. Hugounenq (de Lyon) a été amené à étudier l'action de ces sels sur l'albumine de l'œuf. Or, il a obtenu, par l'action du persulfate d'ammoniaque sur l'albumine dissoute dans l'eau, de l'urée. La quantité obtenue varie avec les conditions de l'expérience et principalement suivant les poids de persulfate

(1) Académie des sciences. Séance du 20 mai.

employé ; mais M. Hugounenq a pu isoler jusqu'à cinq parties d'urée pour 100 d'albumine oxydée.

« La production d'urée par l'oxydation *in vitro* des matières protéiques, dit-il en terminant sa note, fut annoncée pour la première fois par Béchamp, en 1856 ; ce savant se servait, comme source d'oxygène, du permanganate de potasse. Ses résultats, d'abord contestés par de nombreux auteurs, furent pleinement confirmés par Hofmeister qui, en 1896, mettait hors de doute la présence d'une certaine quantité d'urée dans les produits de la réaction du permanganate sur l'albumine. Je viens d'établir que les persulfates alcalins, eux aussi, détruisent les albumines en donnant de l'urée.

« La formation de l'urée par oxydation *in vitro* des matières protéiques est donc un fait définitivement acquis et, semble-t-il, d'ordre général. Bien qu'on ne puisse pas conclure des actions brutales de nos réactifs à la biochimie cellulaire, il est bien difficile de ne pas attribuer à l'oxydation une part dans la genèse intra-organique de l'urée. Sans doute, il est démontré aujourd'hui, depuis les travaux de M. Armand Gauthier, que l'hydrolyse des matières protéiques est un facteur de l'uréopoïse ; mais la production si facile de l'urée par oxydation des albumines et, d'un autre côté, l'importance des processus oxydants dans l'économie autorisent à penser aussi qu'une fraction non négligeable de l'urée physiologique doit son origine à l'action de l'oxygène sur les albumines des aliments et des tissus. »

Examen cryoscopique des urines du nouveau-né à l'état normal et au cours des gastro-entérites (1). — MM. Lesné et Prosper Merklen. Le nourrisson bien portant émet des urines claires, peu denses et pauvres en éléments constituants ; l'absence d'alimentation chlorurée rend compte de la faible teneur en chlorures. Δ dans ces conditions ne saurait s'éloigner de 0; il est de — 0,25 en moyenne avant un mois et de — 0,41 entre un et deux ; $\frac{\Delta}{NaCl}$ est la moyenne de 3,22 dans le premier cas, de 4,47 dans le second.

Au cours des gastro-entérites, les urines changent plus ou moins de caractères physiques et chimiques ; elles deviennent hypertoniques, les chlorures diminuant et, par suite $\frac{\Delta}{NaCl}$ augmente. On trouve pour Δ et $\frac{\Delta}{NaCl}$ dans les gastro-entérites aiguës des moyennes de — 1,43 et 6,73 ; dans les gastro-entérites subaiguës des moyennes de 0,77 et 5,18. Les différences avec la normale ne sont guère sensibles dans les gastro-entérites aiguës bénignes et dans les formes chroniques. Les modifications semblent donc coïncider avec la stase rénale qui accompagne les poussées aiguës.

(1) Société de biologie, 20 avril 1901.

Recherches du plomb dans les organes (1). — M. Meillère indique les précautions qu'il convient de prendre pour effectuer la recherche toxicologique du plomb avec toute la rigueur désirable.

Il insiste sur l'influence perturbatrice que les phosphates des cendres peuvent avoir sur le dosage électrolytique du plomb.

Dans l'intoxication aiguë on rencontre le plomb dans tous les organes sans exception ; dans l'intoxication lente il se localise uniquement dans le système nerveux.

Recherches sur la composition minérale de l'organisme du fœtus humain et de l'enfant nouveau-né (2). — M. L. Hugounenq. — La recherche de la teneur en potasse et en soude montre que ces deux substances s'accroissent à mesure que l'embryon se développe. La soude prédomine constamment sur la potasse ; elle augmente surtout à la fin de la grossesse. Pendant la seconde moitié de la gestation, la fixation de l'acide phosphorique ne subit pas de grandes variations ; elle est cependant plus marquée quand le fœtus est à terme. Au contraire, la proportion de chaux s'accroît notablement pendant les derniers mois.

Abstraction faite des bases alcalines, de l'acide phosphorique et de la chaux, dont les variations sont dues à la genèse des globules rouges et à la formation du tissu osseux, la composition centésimale des cendres reste à peu près constante pendant les cinq derniers mois de la vie intra-utérine.

Propriétés hématolytiques de la première urine du nouveau-né (3). MM. Sabrazès et Fauquet (Bordeaux). — Nous avons montré que sous l'influence du régime lacté absolu naturel (allaitement) ou artificiel, l'urine acquiert la propriété de dissoudre les globules rouges qu'on y incorpore. Au moment de la naissance, alors que le nouveau-né n'a pas encore pris le sein et qu'il n'a ingéré aucun aliment, l'urine est-elle hématolysante ? Nous avons été ainsi conduits à examiner la première urine émise par le nouveau-né après l'accouchement. Voici comment nous avons procédé : au moment où l'enfant naît il crie et ne tarde pas à uriner ; chez les sujets du sexe masculin, l'urine s'échappe sous forme d'un petit jet qu'il est aisé de recueillir. C'est un liquide transparent, d'aspect aqueux, parfois légèrement citrin, de réaction neutre ou très faiblement alcaline, dont la quantité oscille entre 5 et 6 cc. Cette urine est très pauvre en urée (moins de 0 gr. 50 par litre) ; elle ne contient pas d'albumine ; le taux des chlorures varie de 1 gr. 20 à 2 gr. 50 par litre ; celui des phosphates est environ de 0 gr. 35 par litre. Le point de congélation (|) varie —0,18 à — 0,22. Nous avons examiné cette première urine chez trois nouveau-nés, issus de

(1) Société de biologie, séance du 20 avril.
(2) Académie de Médecine, séance du 9 avril 1901.
(3) Société de Biologie, séance du 20 mars.

mères normales, non soumises au régime lacté, et eux-mêmes normaux : dans ces trois cas, les globules rouges introduits dans l'urine ont immédiatement cédé leur hémoglobine : l'hématolyse a été complète.

Ainsi, abstraction faite des sujets — enfants ou adultes — qui se nourrissent exclusivement de lait, seul le nouveau-né, immédiatement après l'accouchement, en dehors de toute influence alimentaire, rejette une première urine qui est douée de propriétés hématolysantes; cette urine, très pauvre en chlorures et en phosphates, à un point de congélation singulièrement élevé, voisin du 0.

Le liquide céphalo-rachidien dans le tétanos. — MM. Milian et Legros. — 1° Le liquide céphalo-rachidien conserve sa limpidité et sa fluidité habituelles, pendant toute la durée de l'affection. A aucun moment, il ne renferme d'éléments figurés, ce qui permet de différencier le tétanos des méningites cérébro-spinales et peut permettre une application plus judicieuse de la médication antitétanique.

2° Le liquide céphalo-rachidien ne renferme, dans le tétanos, aucun germe microbien décelable par les cultures aérobies et anaérobies de l'inoculation.

3° La toxine tétanique ne traverse pas les méninges, car l'inoculation à la souris (animal sensible à des doses infinitésimales) de doses massives de liquide céphalo-rachidien n'amène aucun symptôme chez l'animal.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Les insufflations d'orthoforme contre la coqueluche. — M. G. Spiess (1) traite avec succès la coqueluche par insufflations dans la gorge, au moyen d'un insufflateur à boule, de petites quantités d'orthoforme finement pulvérisé. On introduit la canule de l'insufflateur entre les lèvres de l'enfant, on l'invite à inspirer profondément et, au moment où il exécute ce mouvement inspiratoire, on presse légèrement sur la boule de l'instrument, de façon à projeter dans la gorge un fin nuage de poussière d'orthoforme. Lorsqu'il s'agit d'enfants indociles ou de nourrissons, on est obligé de pincer le nez du petit malade et d'insuffler l'orthoforme pendant une inspiration buccale. Chez les enfants âgés de trois ans et plus, M. G. Spiess fait répéter toutes les deux heures une série de trois ou quatre insufflations d'orthoforme, et chez les coquelucheux au-dessous de trois ans il se contente de trois ou quatre insufflations, dans les vingt-quatre heures. Ce traitement, qu'on peut, au besoin, associer à l'usage interne de la belladone, de la

(1) *Muncken. med. Woch.*, 9 avril 1901.

quinine et de l'antipyrine, doit être continué quelque temps même après la cessation de la période dite convulsive de la coqueluche, les insufflations étant pratiquées alors à des intervalles de plus en plus espacés.

Les résultats favorables sont dus à l'action anesthésiante exercée par l'orthoforme sur la muqueuse laryngo-trachéale, action qui empêche le spasme glottique de se produire ou, au moins, en diminue la fréquence et l'intensité.

Si l'on veut expérimenter ce traitement de la coqueluche, il faut se souvenir que l'orthoforme, parfaitement toléré par certains sujets, détermine chez d'autres des phénomènes d'irritation qui s'opposent à son emploi. Ces cas d'intolérance à l'égard de l'orthoforme ont souvent été signalés dans ces derniers temps.

Effets favorables de la trinitrine dans l'épilepsie. — M. R. Pellegrini (1) a institué chez quinze épileptiques des essais thérapeutiques comparés, qui ont consisté à soumettre ces malades, pendant trois mois, à la médication bromurée, puis à les laisser une même période de temps sans aucun traitement, et enfin à leur administrer, durant trois mois également, de la solution alcoolique de trinitrine à la dose de deux à dix gouttes par jour, en deux fois.

Chez tous ces épileptiques, sauf un seul, la trinitrine a eu pour effet de diminuer manifestement le nombre et l'intensité des accès et, dans la moitié des cas, elle a, en outre, amendé sensiblement l'agitation qui précédait ou suivait les crises convulsives. Dix fois l'action du médicament fut même sensiblement plus favorable que celle des bromures. Enfin on n'a jamais noté le moindre trouble à la suite de cette médication.

De ces faits, M. Pellegrini croit pouvoir conclure que la trinitrine est appelée à rendre des services dans le traitement de l'épilepsie, et qu'il y aurait lieu, notamment, de faire alterner son usage avec celui des préparations bromurées pour éviter de la sorte les inconvénients de l'emploi prolongé des bromures à dose élevée.

Des moyens à employer dans la lutte contre la tuberculose. — MM. Lemoine et Carrière. — Chacun peu se guérir chez soi, en se reposant et en s'alimentant.

En se basant sur cet exposé de faits, ces auteurs demandent :

1° L'application de toutes les lois qui ont pour objet l'assainissement des villes, des logements insalubres à la ville comme à la campagne, celui des usines, la surveillance des denrées alimentaires, la réglementation du travail.

2° La participation *effective* de l'Etat à la lutte contre l'alcoolisme, cause de la fréquence de la tuberculose, par la promulgation et la mise en vigueur de lois coercitives.

(1) *Riforma med.*, 8 avril 1901.

3° La séparation dans les hôpitaux des sujets atteints de tuberculose pulmonaire.

4° L'efficacité des sanatoria n'étant nullement démontrée, employer l'argent qu'on veut leur consacrer à la mise en œuvre des mesures hygiéniques réclamées précédemment, à perfectionner et à étendre l'action des bureaux de bienfaisance et de l'assistance médicale gratuite pour permettre de lutter plus énergiquement contre la tuberculose.

5° L'emploi de la cure libre, pratiquée suivant l'état social des malades, et, en ce qui concerne les indigents, l'utilisation des sanatoria de fortune préconisés par M. R. Brunon (de Rouen).

Les Maladies contagieuses dans les crèches et les moyens d'y remédier (1). — M. F. Ledé estime que, pour éviter l'apparition des maladies contagieuses dans les crèches, il faut recourir à la *désinfection permanente et journalière.* Il a obtenu ce résultat au moyen d'un *vestiaire à désinfection.* Il consiste en un local clos dans lequel on place les vêtements des enfants chaque jour à leur arrivée à la crèche ; puis on désinfecte au moyen du formo-chloral. A la sortie, on remet aux enfants leurs vêtements désinfectés et inodores.

Sérum artificiel en injections rectales. — E. Périer. — Dans la débilité congénitale ou acquise, on peut remplacer l'injection sous-cutanée par l'injection rectale. On fera ainsi une à deux injections par jour avec 5 à 10 c.c. de sérum artificiel suivant la formule de Mayeur.

Employer la solution chauffée à 37° au bain-marie et pour l'injecter se servir de la sonde molle de Nélaton introduite jusqu'à 4 ou 5 centimètres.

Bronchite chronique emphysémateuse des enfants. — M. R. Saint-Philippe (2),

℞ Iodure d'arsenic	0 gr. 30
Eau distillée	30 gr.

F. dissoudre à froid.

On administre de cette solution, dans de l'eau, du vin ou du lait, cinq gouttes à chacun des deux principaux repas, puis on augmente d'une goutte matin et soir, jusqu'à dix ou vingt gouttes, suivant l'âge et la tolérance du petit malade. On reste à la dose maxima pendant un mois environ, on diminue ensuite progressivement jusqu'à cinq gouttes par prise, on laisse re-

(1) Congrès des Sociétés savantes tenu à Nancy du 9 au 13 avril.
(2) *Journal. de méd. de Bordeaux*, 5 mai 1901.

poser l'enfant huit à dix jours et on recommence le même traitement.

Cette médication, visant à la fois le catarrhe bronchique et l'état scrofulo-lymphatique qui l'entretient, réussirait bien dans la plupart des cas.

Traitement de l'endocardite aiguë et de l'insuffisance mitrale chez l'enfant. — Marfan (1). — Quand un rhumatisme survient, est-il possible d'empêcher l'endocardite de se développer ? Oui, dans une certaine mesure, en traitant rigoureusement le rhumatisme par le repos au lit (même dans les formes légères), par la diète lactée mitigée, surtout par l'emploi méthodique de la médication salicylée. En comparant les cas de rhumatisme articulaire traités par ce remède à ceux dans lesquels il n'a pas été employé, on arrive à cette conclusion que la médication salicylée, bien conduite, diminue le nombre des complications cardiaques et atténue leur gravité.

Lorsque l'endocardite est constituée, le meilleur traitement est encore le salicylate de soude. Quant à la révulsion, utile dans la péricardite et dans l'aortite, elle paraît sans efficacité contre l'endocardite.

Dans la période qui suit la crise de rhumatisme, on administrera l'iodure de potassium.

Dans les endocardites chroniques avec lésion mitrale bien compensée, où la lésion est absolument latente, il faut empêcher tout surcroît de travail du cœur et supprimer toute action nocive sur la fibre myocardique, en réglant le *régime de vie* et l'*alimentation*.

D'abord, on proscrira toute fatigue physique, sans mettre l'enfant au repos absolu. Si tous les exercices de force doivent être défendus, les exercices d'adresse et ceux qui n'exigent pas un grand déploiement d'énergie musculaire pourront être permis : promenades, marches de peu de durée, jeux de billes et jeux analogues. La question de la bicyclette est très discutée ; comme, en pareille matière, la mesure est très difficile à garder, il vaut mieux la proscrire. Quand vient le moment de choisir une profession, les parents feront bien d'éloigner leur enfant de toutes celles qui exigent un apprentissage pénible ou un travail manuel d'une certaine force. Il faudra, dans la mesure du possible, éviter toute excitation morale. Le travail intellectuel devra être modéré.

Des repas trop copieux et trop fréquents, des boissons abondantes augmentent le travail du cœur. On devra éviter la surcharge gastrique ; quatre repas par jour, deux petits et deux grands, le petit et le grand déjeûners, le goûter et le dîner, suffisent amplement. Il ne faut pas permettre à l'enfant de boire beaucoup;

(1) Leçon clinique à l'hôpital des Enfants-Malades; *in* Bulletin médical 1901, n° 18.

toutefois, il faut se garder de le soumettre à une diète sèche, parce que la croissance, avec ses échanges nutritifs si intenses, exige une certaine quantité de liquide.

Enfin, on proscrira les substances qui ont une action sur le cœur : alcool, café, thé, tabac.

A ces préceptes d'hygiène, il faut joindre ceux qui concernent le rhumatisme. La vie dans un climat sec, à température peu variable, une habitation sans humidité, bien exposée au midi ; l'usage de vêtements chauds, surtout de la flanelle qui prévient les évaporations brusques de sueur, enfin l'emploi pendant l'hiver de chaussures imperméables.

Enfin, il faut se garder de faire séjourner les enfants atteints de cardiopathie au bord de la mer, sur de hautes montagnes ou de les envoyer faire une cure thermale.

Lorsque la lésion valvulaire donne naissance à des troubles d'excitation cardiaque qui deviennent gênants, tous les préceptes précédents sont applicables ; le repos physique et intellectuel doit être complet. De plus, il faut user des sédatifs du cœur ; opium et bromures alcalins. Pas de digitale, qui aggraverait sûrement les accidents. Elle ne convient qu'en cas d'asystolie, mais celle-ci est très rare dans les lésions valvulaires isolées ; quand elle survient, il faut mettre en œuvre la médication toni-cardiaque.

Pyramidon. — E. PÉRIER. — Ce corps, dérivé amidé et méthylé de l'antipyrine, a sur celle-ci de précieux avantages.

Il agit comme analgésique et antipyrétique à des doses environ trois fois moindres que celles de l'antipyrine.

Il possède la propriété très particulière d'exciter les échanges organiques, et, à ce point de vue, il présente une supériorité très grande sur l'antipyrine dans le traitement des maladies fébriles.

Il exerce son action analgésique dans le traitement du rhumatisme, ce que ne fait pas l'antipyrine.

Tannalbine. — E. PÉRIER. — Combinaison de tanin et d'albumine contenant 50 0/0 de tanin, susceptible de régénérer ses composants sous l'influence des sucs alcalins de l'intestin et d'agir ainsi comme astringent. Utilisable dans les diarrhées de toutes sortes Dose : adultes, 3 à 5 fois et plus par jour par fractions de 0 gr.50 en cachets, jusqu'à 10 grammes. Enfants au sein, 0 gr. 50 quatre fois par jour.

REVUE DES SPÉCIALITÉS

LES SUPPOSITOIRES CHAUMEL CHEZ LES ENFANTS.

La thérapeutique infantile présente, au point de vue du choix, du dosage et du mode d'administration des médicaments, des difficultés que tous les médecins connaissent. Il ne s'agit pas seulement de prescrire, il faut encore faire ingérer le remède, et c'est là qu'est la difficulté, pour peu que ce dernier soit d'un goût ou d'une odeur désagréables. Il était dès lors tout indiqué d'avoir recours à la voie rectale. L'absorption s'y exerce comme dans les autres points du gros intestin et tous les expérimentateurs ont constaté que les chylifères de ce dernier ne tardaient point à se charger du produit introduit dans le rectum. Il y a même plus : certaines substances telles que le chloral, la strychnine, l'opium, agissent ainsi plus rapidement que par la voie stomacale. Tout cela démontre que nous avons toute garantie de succès et de nombreux avantages en ayant recours à ce genre de médication ; cela justifie les efforts faits par M. Chaumel pour introduire dans la thérapeutique infantile ses *suppositoires à la glycérine préparés à divers médicaments* et *suivant toutes les formules*. Les indications des suppositoires Chaumel sont variées et presque aussi nombreuses qne celles des divers médicaments employés dans la pédiatrie. Avons-nous affaire à *un trouble de la digestion*, tel que vomissements, dyspepsie, dans lesquels il y a lieu de produire une dérivation intestinale, tout en ménageant l'estomac, nous pourrons avoir recours aux *suppositoires Chaumel à l'aloès, au podophyllin, à l'huile de ricin, à la rhubarbe*. S'agit-il de vers intestinaux, ascarides lombricoïdes ou oxyures, on prescrira des *suppositoires à la santonine* qu'on fera garder le plus longtemps possible, *au salol, au naphtol, à l'iodoforme*, qui auront en outre l'avantage de calmer les démangeaisons.

Leur emploi est tout particulièrement utile quand on veut administrer des produits d'un goût amer et désagréable comme *le sulfate de quinine, l'antipyrine, la créosote, l'iodure de potassium*. Que l'estomac se refuse momentanément à recevoir les médicaments, que l'enfant les rejette à cause de leur saveur, et le médecin aura recours aux suppositoires Chaumel, qui seront dosés conformément à sa prescription.

Rien n'est plus simple que leur introduction ; il suffit de les mouiller légèrement, de maintenir l'enfant sur le dos pendant quelques minutes et de lui relever les jambes d'une main, tandis que l'autre comprime les fesses, Une bonne précaution consiste à faire précéder l'application d'un suppositoire médicamenteux de celle d'un suppositoire simple qui évacue le contenu du rectum et déterge sa muqueuse.

Dr Teissier.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

LES INJECTIONS PRÉVENTIVES DE SÉRUM ANTI-DIPHTÉRIQUE ET LEUR EFFICACITÉ LEURS DIVERSES INDICATIONS,

Par M. NETTER. (1)

La communication intéressante de notre collègue GUINON a mis à l'ordre du jour de la Société la question des inoculations préventives de sérum anti-diphtérique, question encore très controversée et notamment en Amérique, en Italie et en Allemagne.

Je me suis tout particulièrement occupé de cette question depuis longtemps, et je ne me suis pas seulement contenté d'analyser les nombreuses publications parues sur ce sujet.

J'ai fait un grand nombre d'inoculations préventives dans des conditions diverses, soit aux enfants d'une salle d'hôpital où avait été introduit un diphtérique, soit aux frères et sœurs du malade, soit encore à une agglomération exposée à des contaminations répétées.

Bien que mes observations personnelles soient encore loin d'être terminées, je ne saurais donc me dispenser de prendre part au débat.

Avant d'envisager les diverses conditions dans lesquelles l'indication des injections préventives pourrait se présenter, il convient d'examiner la façon dont se fait la contagion de la diphtérie, la fréquence de cette contagion, l'efficacité des injections préventives, la durée de l'immunisation, les doses à injecter, les inconvénients que peuvent présenter les injections.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur la contagion de la diphtérie ni sur la façon dont se fait la contagion. Je n'ai pas besoin de rappeler la part des convalescents ou des sujets ayant approché les malades et qui demeurent sains. Je ne ferai que signaler les travaux les plus récents de PRIP (2), qui a trouvé que sur 309 su-

(1) Communication à la Société de pédiatrie. Séance du 14 mai 1901.

(2) HOLGER PRIP. Ueber Diphtheriebacillen bei Reconvalescenten nach Diphterie. *Zeitschrift für Hygiene*, XXXVI, 1899.

jets hospitalisés 47 conservaient des bacilles virulents plus d'un mois après la guérison, 6 plus de 2, 2 plus de 3 mois, que chez des convalescents ayant quitté l'hôpital 5 avaient encore des bacilles après 4 mois, 2 après 5 mois, 1 après 8 mois, 1 après 11 mois, 1 après 22 mois.

MAX KOBER (1) a rassemblé les documents publiés au sujet de la proportion des sujets présentant des bacilles de Lœffler parmi ceux qui ont entouré des malades, et est arrivé à une moyenne de 18,8 pour 100. Ses recherches personnelles plus rigoureuses, portant sur 128 sujets, donnent encore une proportion de 8 pour 100.

On comprend combien en conséquence la prophylaxie de la diphtérie est délicate. Il ne suffit pas d'isoler le malade, de désinfecter les objets qui l'ont approché. Il faut se garder du convalescent qui, après l'isolement, conserve des bacilles virulents, et des sujets demeurés sains qui ont approché des malades.

Sur les 80 premiers enfants admis dans mon service depuis le commencement de l'ouverture du nouveau Trousseau, 6 avaient contracté la diphtérie au retour de convalescents isolés pendant le cours de leur maladie. Trois de ces convalescents (source de contagion) avaient quitté l'hôpital depuis 8 jours, 1 depuis 15 jours, 1 depuis 4 semaines, 1 depuis 2 mois.

Il est bien difficile, on le conçoit, de fixer la proportion des cas dans lesquels la diphtérie se transmet à l'entourage. Elle dépend évidemment beaucoup des précautions prises, de l'encombrement, de la réceptivité individuelle, etc. etc.

Voici quelques chiffres qui montrent cette différence. DENNIG a vu en 1890-91, au cours d'une épidémie à Lustnau, 12 familles sur 29, soit 41,4 0/0, présenter des cas multiples, tandis qu'à Tubingen en 1893-94 la proportion n'a été que de 11 0/0. SCHOBERT et HILBERT ont trouvé que sur 237 diphtéries traitées à la policlinique de Kiel, 48, soit 20,25 0/0, étaient dues à la contagion dans une famille, que pour les cas déclarés à la police la proportion est de 23.8 0/0. A Brême, KURTH a vu des cas secondaires dans 10 familles sur 22, soit 45,45 0/0. A Berlin, BAGINSKY estime la proportion à 9 0/0.

A New-York en 1899, sur 8.240 cas déclarés il y a 682 cas secondaires dans 522 familles, soit au moins 8,83.

On peut estimer à plus de 10 0/0 la proportion des cas secondaires dans une famille.

L'analyse des observations dans lesquelles l'immunisation a été faite à doses suffisantes nous donne une proportion inférieure à un demi pour 100. L'opposition de ces deux chiffres suffit à démontrer l'utilité des injections préventives.

On a discuté la quantité de sérum qu'il convient d'injecter à

(1) MAX KOBER. Die Verbreitung des Diphtheriebacillus auf der Mundschleimhaut gesunder Menschen. *Zeitschrift für Hygiene*, XXXI, 1899.

titre préventif. On a cru, au début, qu'il suffisait de doses assez faibles, 60, 100 unités antitoxiques et moins. Aujourd'hui la dose employée est plus élevée. HEUBNER injecte 250 unités, les médecins italiens et américains 300 à 500. DEMISCH, en Suisse, injecte 500 unités.

Nous injectons habituellement cinq centimètres cubes de sérum de l'institut Pasteur qui, d'après MM. ROUX et MARTIN, correspondent à 1.000 unités antitoxiques.

Le sérum injecté à titre prophylactique n'a pas une efficacité indéfinie. Comme pour les autres sérums et vaccins et pour le vaccin jennérien, il faut qu'un certain temps s'écoule avant que l'immunisation s'établisse. Ce temps est plus court que pour le vaccin jennérien, car il ne dépasse pas 24 heures. La durée d'immunisation est assez courte : 21 à 28 jours.

Il existe encore un nouveau trait d'analogie avec le vaccin jennérien et les autres sérums et vaccins. C'est la *bénignité de la diphtérie chez des sujets atteints en dépit de l'injection préventive*, 4 cas seulement sur 56 à New-York se sont terminés par la mort, et encore dans l'un de ces quatre cas il y avait coïncidence de diphtérie et de scarlatine. Il est du reste très probable qu'un certain nombre de cas cités comme diphtéries bénignes chez des sujets immunisés ne sont pas des diphtéries au sens clinique, mais seulement des angines banales chez des sujets dont la bouche renfermait auparavant le bacille de Lœffler. A l'appui de cette opinion, nous citerons l'observation de deux enfants appartenant à des familles de 9 et 5 sujets chez lesquels nous avions fait des injections prophylactiques. Ces enfants ont eu des angines herpétiques très nettes dans lesquelles l'examen bactériologique montrait le bacille de Lœffler. Mais chez ces deux sujets l'examen de la gorge saine pratiqué le jour de l'inoculation avait déjà établi le bacille de Lœffler. Ces cas me paraissent devoir être enregistrés sous la rubrique Angine herpétique chez des sujets dont la gorge renfermait antérieurement le bacille de Lœffler. Des faits analogues ont été relevés à l'orphelinat de Saint-Étienne par le Dr FLEURY.

Les médecins qui ont employé le sérum à titre préventif ont observé naturellement chez plusieurs enfants les éruptions dues au sérum et parfois les poussées fébriles, les arthralgies, etc., qui peuvent survenir à la suite des injections à titre curatif. Cette possibilité devra donc toujours être présente à l'esprit dans les injections préventives comme dans les injections curatives. Mais, de même que nous ne nous laissons pas arrêter par cette éventualité quand il s'agit de traiter un malade, elle ne nous arrêtera pas quand nous croirons devoir recourir au pouvoir immunisant.

Nous avons montré d'une façon générale l'utilité des injections de sérum à titre prophylactique.

Convient-il de les employer en toutes circonstances ? Nous pensons que si elles sont toujours appelées à rendre de grands services, elles s'imposent d'une façon assez différente suivant les cas, et à ce point de vue nous allons envisager successivement les trois catégories principales auxquelles nous avons fait allusion au début :

1° Epidémie diphtérique dans une agglomération.

2° Cas de diphtérie dans une famille.

3° Mesures destinées à prévenir toute apparition de cas intérieurs dans une agglomération.

ÉPIDÉMIE DE DIPTHÉRIE DANS UNE AGGLOMÉRATION.

Que convient-il de faire dans un internat, une école, une crèche, une salle d'hôpital où s'est installée une épidémie de diphtérie ?

On ne saura, cela va sans dire, se contenter d'isoler les malades, de désinfecter les objets et les locaux. Le licenciement des sujets sains, s'il est possible, ne fera que déplacer le mal, car ces sujets en incubation seront atteints après la sortie, contamineront leurs familles, et comme la persistance du bacille dans la gorge peut se prolonger fort longtemps, le problème se représentera avec autant de difficulté quand il s'agira de la réouverture.

On a été naturellement amené à penser que la bactériologie fournissait le moyen de se tirer d'affaire. L'examen du mucus pharyngé de tous les enfants permet en effet de déceler ceux dont la gorge renferme le bacille de Lœffler. Il suffit donc d'*isoler ces enfants aussi longtemps que leur gorge héberge le bacille, de ne les remettre en contact qu'après sa disparition nettement établie.*

Il ne manque pas d'observations dans lesquelles on a procédé ainsi. Nous citerons seulement les suivantes :

Hellstrom (1), à Stocklom, 1884, enraie une épidémie dans une caserne en isolant 131 soldats dont la gorge renfermait des bacilles de Lœffler virulents. Aaser (2), à Christiania, obtient le même résultat dans une caserne où, de juin à septembre, des cas de diphtérie se succédaient en dépit de toutes les mesures ; 89 cavaliers sont examinés ; 17 dont la gorge renferme le bacille sont isolés. L'épidémie s'arrête.

Fibiger (3), dans une école de Herlushölm où les cas de diphtérie se succèdent, a examiné 134 enfants et trouvé des bacilles chez 22 qui sont isolés.

(1) Hellstrom, *Militar Helsoward.* 1896.

(2) Aaser. Zur Frage der Bedeutung des Auftretens der Lœffler'schen Diphtheriebacillen bei scheinbar gesunden Individuen. *Deutsche medic. Wochenschrift.* 1895.

(3) Fibiger. U. Bekampfung von Diphtheriepidemien durch Isolation der Individuen mit Diphtheriebacillen im Schlunde. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1897.

Gabritschewsky (1) cite une série d'observations analogues dans des pensionnats et asiles russes. Enfin Sinding Larsen (2) a rapporté en détail l'histoire d'un sanatorium maritime danois où la diphtérie a été arrêtée de la même façon.

Ces heureux résultats sont obtenus, il est vrai, au prix de grandes difficultés. Je ne parle pas du temps nécessaire pour ces recherches toutes les fois qu'il s'agit de plusieurs centaines de sujets. Mais on ne trouve pas aisément des locaux aménagés de façon à réaliser ces isolements, surtout si l'on se préoccupe, comme cela est indiqué, de séparer parmi les isolés ceux dont la diphtérie est avérée, ceux qui ont une gorge saine et renfermant des bacilles typiques, ceux enfin dont la gorge renferme les bacilles courts sujets encore à discussion.

L'isolement a dû pour certains malades être prolongé 100 et même 185 jours.

Ajoutons que l'examen bactériologique dans les cas de ce genre nécessite un travail tout spécial. On ne saurait se prononcer au bout de 20 heure d'étuve. Il arrive souvent que les colonies ne paraissent qu'après 40 heures.

On a constaté d'autre part qu'un sujet dont la gorge ne renfermait pas de bacilles à un premier examen a pu en recéler à un examen ultérieur. Il faudra donc répéter les ensemencements.

Ainsi sur un groupe de 17 enfants Larsen pratique un premier ensemencement le 19 juin.

Au bout de 20 heures, on reconnaît que 10 enfants ont des bacilles de Lœffler.

L'examen des tubes 20 heures plus tard permet de retrouver 5 autres sujets dont la gorge héberge le bacille.

De nouveaux ensemencements permettent de trouver encore le bacille de Lœffler dans la gorge de 3 autres sujets.

Ainsi, en s'en tenant à un examen unique et à un seul ensemencement, on aurait conservé au milieu des autres 8 sujets qu'il a fallu isoler.

On comprend qu'en présence de ces difficultés nous ne partagions pas au sujet de ce procédé de défense l'enthousiasme de Fibiger, de Larsen et de Gabritschewsky et que nous n'hésitions pas à préférer les injections préventives. Ce procédé ne nécessitera ni ces ensemencements hâtifs et répétés, ni ces isolements nombreux, et permettra de se consacrer tranquillement à l'isolement, au traitement des malades, à la désinfection des objets et des locaux.

Parmi les nombreux exemples que je pourrais invoquer dans

(1) Gabritschewsky. Zur Prophylaxie der Diphtherie. *Zeitschrift fur Hygiene*, XXXVI, 1901.

(2) Sinding Larsen. En husepidemi of difteri. *Norsk Magazinfor Lægevidenskaben*, février 1900.

lesquels l'inoculation préventive a arrêté net l'épidémie, je ne citerai que les suivants :

Thomas, en 1895, arrête ainsi une épidémie qui avait déjà frappé 45 enfants dans la Nursery and Child's hospital de New-York en inoculant 136 enfants. Deux employés qui n'avaient pas été soumis aux inoculations sont seuls pris après le 18 avril, date de ces inoculations.

Conti (1), en 1897, pratique 207 inoculations sur les élèves et employés du collège Gallio de Côme où la diphtérie avait frappé plusieurs enfants en décembre. Il n'y eut pas un cas ultérieur.

Demisch, à Kerzers, en 1898, inocule 197 enfants d'une école où il y a eu 26 diphtériques. Aucun ne contracte la diphtérie, non plus que les 51 enfants inoculés de l'école de Golatin qui comptait 14 malades et 10 sujets dont la gorge renfermait le bacille de Lœffler, les 41 de l'école de Gurtru, où il y avait eu 7 malades.

Je citerai encore les heureux résultats obtenus par le Dr Fleury à l'orphelinat de Rey de Saint-Etienne, où 109 enfants ont été inoculés, ceux de Twomby à Gwynne Temporary hospital 21. Donald à Detroit 80, Coues à St-Mary 50, Blacke à High Beach 35. Berry n'a pas été moins favorisé avec les 221 enfants d'une école, Allan les 60 d'un collège, Bordone Uffredossi 294 à Turin, Pasini 269 à Baricilli.

Sans être tout à fait aussi brillants, les résultats des injections préventives ont été des plus satisfaisants entre les mains de Peck, 124 inoculés, 7 cas de diphtérie dont 5 après 4 semaines, Wenner, 80 inoculés, un après plus d'un mois, Pasini 260 enfants, 1 pris après six semaines, l'autre après 2 mois.

Adams avec 422 inoculations à Children Hospital de Washington a compté 17 cas, mais 10 après plus de 30 jours.

L'inoculation préventive a donc fait ses preuves dans les cas de ce genre et nous devons souhaiter que d'autres administrateurs n'hésitent pas à imiter l'initiative du préfet de Côme, qui, en présence d'une épidémie de diphtérie au lycée Gallio, décida que l'inoculation serait obligatoire pour les internes et que les externes ne seraient admis que s'ils se soumettaient aux injections.

Nous avons envisagé le cas des internes et des écoles. *En inoculant les enfants dans les écoles on peut enrayer l'épidémie dans une localité, l'école étant le principal foyer de contagion.* C'est ainsi qu'ont procédé Martin dans l'Ardèche ; Demisch en Suisse ; Torday, Bekesy, Karman en Hongrie ; Pasini et Bordone Uffredossi en Italie, d'autres en Russie.

(1) Conti. La difesa contro la difterite colle iniezioni siero profilattiche. *Rivista d'igiene*, 1898.

DIPHTÉRIE DANS UNE FAMILLE.

Quelle conduite faut-il tenir quand un cas de diphtérie apparaît dans une famille ?

Est-il indiqué de vacciner sans retard les frères et sœurs et toutes les personnes en contact avec le malade?

Les avis sont très partagés et bien certainement la majorité des médecins se contentent de surveiller attentivement et à plusieurs reprises la gorge de ces sujets en n'intervenant qu'une fois la diphtérie constatée cliniquement ou bactériologiquement. Pour justifier cette réserve ils font valoir les arguments suivants qui ne sont pas sans fondement :

1° L'action préventive des injections de sérum est de courte durée, 3 à 4 semaines, tandis que le bacille diphtérique peut conserver sa virulence dans la gorge des convalescents plusieurs mois après la guérison ; il s'ensuit que les injections ne mettront pas les sujets en état d'immunité absolue.

2° L'action curative du sérum anti-diphtérique est à peu près absolue quand on commence le traitement le premier jour, et il y aura tout lieu de penser que, dans une famille qui aura eu un premier malade, le médecin sera appelé sans retard au moindre malaise des autres enfants.

A ces considérations les partisans des injections préventives répondront, non sans motif, que :

1° Si la contagion de la diphtérie peut se faire après 4 semaines, c'est plutôt l'exception, et que l'on aura rendu grand service à l'enfant en le mettant à l'abri pendant la période où la contagiosité est la plus grande ;

2° On aurait tort de compter toujours sur l'empressement des parents à faire venir le médecin au moment de l'apparition d'un nouveau cas. Dans maintes localités, à supposer même qu'ils y mettent pareil empressement, il y aura impossibilité matérielle à l'arrivée du docteur en temps utile.

Ajoutons que l'action des injections du sérum ne paraît pas se borner à empêcher le développement de la diphtérie. De même que la variole chez les vaccinés, la diphtérie est habituellement beaucoup plus bénigne chez les immunisés.

Voici quelques exemples très démonstratifs de l'utilité des injections préventives en pareil cas.

Kurth, à Brême, a vu 50 cas de transmission de la diphtérie, dans les familles où on n'avait pas pratiqué d'inoculation. Dans quelques familles le nombre des cas secondaires s'est élevé à 4 et 5. Sur 30 familles dans lesquelles l'inoculation préventive a été pratiquée, une seule a présenté un second cas, et encore l'unique enfant atteint l'a été au bout de 38 jours.

Kraus, à Prague, ne voit que 3 cas de diphtérie, sur 122 enfants inoculés préventivement.

A Kœnigsberg, Hilbert et Schobert établissent que la proportion dans laquelle un premier cas de diphtérie est suivi dans une famille d'autres cas est d'environ 20 pour 100. Sur les familles dans lesquelles ils ont procédé aux inoculations préventives la proportion est seulement de 5 pour 100, et encore les doses employées ont-elles été d'abord trop faibles.

En Hongrie il n'y a aucun cas de diphtérie chez 65 frères ou sœurs auxquels on a fait les injections prescrites.

Mais les chiffres les plus considérables et les plus démonstratifs nous sont fournis par l'office de santé de New-York (1).

Du 1er janvier 1895 au 31 octobre 1898, le nombre des inoculations préventives s'est élévé à 5108 personnes appartenant à 1538 familles.

Le nombre des sujets qui contractèrent la diphtérie a été de 56, mais 26 ont été pris moins de 24 heures après l'inoculation et 7 plus de 30 jours.

Les 22 sujets atteints de diphtérie du 2e au 30e jour ont guéri, à l'exception d'un cas où la diphtérie compliquait une scarlatine.

Les 26 pris dans les 24 heures ne donnent qu'un décès; il y en a 2 sur les 7 après 30 heures.

En 1899 les inoculations ont été au nombre de 1094 et n'ont donné que 6 cas entre 24 et 30 jours.

Billings (2), qui donne ces derniers chiffres, nous apprend qu'en 1898 et 1899, 522 familles sur lesquelles on n'avait pas pratiqué d'injections prophylactiques ont eu 682 cas secondaires et 61 décès. On voit combien les inoculations auraient rendu service.

Dans les 30 jours, en excluant le 1er jour.

1er janvier 1895 au 1er octobre 1896 = 1207 cas.	1 le 7e. 1 le 10e. 5 le 19e. 1 le 23e. 1 le 30e.	légers guérissent.
	1 le 5e, grave guérit.	
	1 scarlatine et diphtérie + 2e jour.	
1er octobre 1896 au 1er janvier 1898 = 2493 cas	2 date non indiquée. 2 le 7e. 2 le 8e. 1 le 9e. 1 le 12e.	légers guérissent.
	1 le 30e, intensité moyenne guérit.	
1er janvier 1898 au 1er janvier 1899 = 1408 cas.	1 le 7e, intensité moyenne guérit. 1 le 3e, léger guérit. 1 non indiqué, léger guérit.	

Dans les 24 heures.	*Après 30 jours.*
15 légers guérissent.	3 légers guérissent.
10 graves guérissent.	4 graves guérissent.
1 croup mortel.	2 septiques + le 55e et le 38e j.

(1) Biggs. The serum treatment and its results. *Medical News, 1899.*

(2) Billings. A plea for the more extended use of antitoxin for immunizing purpose in diphtheria. *New-York medical Journal,* 1900.

Dans la ville de Denver (Colorado) les injections préventives du sérum sont pratiquées d'une façon systématique depuis 1895, dans toutes les maisons où il y a eu des cas de diphtérie. Avant cette date, de 1891 à 1894, on se contentait d'isoler les malades et de pratiquer la désinfection.

Les chiffres suivants que nous fournit Munn (1) montrent que les habitants de Denver ont tiré grand profit de la nouvelle pratique.

De 1887 à 1890, le chiffre des diphtéries déclarées a été de 1.575, celui des décès de 574, soit une moyenne par an de 394 cas et 143 décès, ce qui répond à 150 décès par diphtérie pour 100.000 habitants.

De 1891 à 1894 (isolement et désinfection) il y a 1.319 cas déclarés, 441 décès, soit par an 330 cas, 110 décès, ce qui fait 90 décès pour 100.000.

De 1895 à 1898 (isolement des malades, désinfection, injections préventives), 1.155 cas, 136 décès soit par an 34 décès et 22 décès par 100.000 habitants.

En présence de ces résultats convient-il d'insister pour pratiquer l'inoculation préventive dès la constatation du premier cas ?

Nous n'avons pas hésité à la conseiller aux familles ; mais elles ne s'y prêtent pas très volontiers, et nous ne sommes pas en mesure de l'exiger. Nous avons cru jusqu'ici ne pas devoir insister et la pratique à laquelle nous avons recours à l'hôpital est la suivante :

Les parents de tous les enfants admis pour diphtérie sont avertis du danger de la contagion et invités à mener leurs autres enfants à l'hôpital le lendemain afin que leurs gorges soient examinées et l'ensemencement pratiqué. Ils se rendent très volontiers à l'invitation. Quelquefois ils consentent à faire pratiquer séance tenante les inoculations préventives. La plupart reviennent le jour suivant et acceptent l'inoculation des sujets chez lesquels l'examen de la gorge a montré des bacilles.

En agissant ainsi, il semble que l'on ait pris toutes les précautions nécessaires puisque les sujets chez lesquels l'examen aura montré le bacille pourront être inoculés de bonne heure et se trouveront en tout état de cause dans les conditions les plus favorables à l'efficacité des injections.

Un cas auquel j'assiste en ce moment me porte toutefois à admettre que cette méthode est sensiblement moins bonne que celle des injections préventives immédiates. Voici le fait :

Marthe A..., âgée de quatre ans, arrive dans le service le 9 mai atteinte d'angine diphtérique.

(1) Munn. The Preventive Treatment of diphteria. *Philadelphia medical Journal*, 1899.

L'examen bactériologique démontre l'existence de bacilles de Lœffler en enduit épais.

Marthe a 5 frères et sœurs qui nous sont présentés le 11 mai. L'examen de la gorge ne révèle aucune anomalie. Mais les ensemencements pratiqués donnent le lendemain les résultats suivants :

Georges, très nombreuses colonies de bacilles de Lœffler;
Lucien, nombreux bacilles courts, 951 colonies de Lœffler;
Léonie, nombreuses colonies de bacilles courts;
Lucienne, — —
Raymond, néant;
Le père, deux colonies de bacilles courts;
La mère, néant.

La gorge examinée aussitôt montre de larges plaques sur chaque amygdale.

On inocule aussitôt 20 centimètres cubes à Georges, 10 à Lucien, 5 à Léonie et à Lucienne.

Le 12, la diphtérie a fait des progrès. Les fausses membranes recouvrent la luette. Il n'y a pas d'adénopathie, pas de tirage.

Le 14, l'enfant a vomi des fausses membranes. La respiration est sifflante, la toux croupale. Les fausses membranes de la gorge sont épaisses. Il y a un peu de jetage. La diphtérie est manifestement aggravée.

Nouvelle injection de 20 centimètres cubes.

Voici donc un sujet qui a pu être traité dès le premier jour de la diphtérie et chez lequel cependant l'affection s'est aggravée au point d'inspirer de sérieuses inquiétudes (1). On est en droit de se demander si les choses ne se seraient pas passées d'une façon plus favorable, si l'on avait fait une injection préventive, le 11 mai, jour où l'enfant s'est présenté pour être soumis à l'ensemencement et surtout le 9e jour où la diphtérie a été reconnue chez la sœur.

Sans vouloir tirer de conclusion ferme d'un cas unique, je ne puis m'empêcher de considérer cette observation comme militant d'une façon sérieuse en faveur des injections préventives immédiates dans la famille et cela m'encouragera encore davantage à y recourir toutes les fois que la famille ne s'y opposera pas.

DES INJECTIONS PRÉVENTIVES DANS LES SERVICES HOSPITALIERS GÉNÉRAUX

Les injections préventives ont encore été préconisées et employées avec succès dans un autre but, celui de prévenir le développement de cas intérieurs de diphtérie et de mettre à l'abri des

(1) Nos craintes se sont malheureusement montrées justifiées, car l'enfant a succombé en dépit d'injections répétées de sérum.

conséquences funestes de l'entrée dans un hôpital de sujets atteints de diphtérie méconnue.

Nous n'avons pas besoin de rappeler que ce danger existe en permanence dans nos services hospitaliers. On ne saurait compter pour le prouver sur l'examen même aussi scrupuleux que possible des entrants. Le bacille diphtérique virulent peut être en effet trouvé dans la gorge de sujets ne présentant pas trace d'angine même banale. L'examen bactériologique systématique du mucus pharyngé de tous les entrants ne suffirait pas, puisque, chez le même sujet, un examen positif peut être précédé d'examens négatifs pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines.

En présence de l'efficacité préventive du sérum, on peut songer à protéger tous les sujets de l'hôpital par des injections renouvelées aussi souvent que cela sera nécessaire.

C'est au professeur Heubner de Berlin et à ses collaborateurs Lohr (1), Muller (2) et Slawyk (3) que revient incontestablement le mérite d'avoir imaginé cette méthode prophylactique et d'en avoir démontré l'efficacité.

Au début, Heubner ne faisait inoculer que les voisins des diphtériques. Cette pratique se montra insuffisante, et l'on voyait la diphtérie chez les sujets qui n'avaient pas été immunisés. On n'arrêtait l'épidémie que quand on inoculait tous les malades sans exception.

En novembre 1895, on se décide à faire l'inoculation générale. Tous les enfants sont respectés à l'exception d'une pneumonique et d'un rhumatisant pris en novembre et en février. Ces deux malades n'avaient pas été vaccinés.

Trois cas de diphtérie furent observés cependant, mais chacun d'eux après un intervalle dépassant 4 semaines.

Un enfant inoculé le 30 décembre est pris le 20 janvier.

Un inoculé le 11 janvier a la diphtérie le 21 février.

Un inoculé le 25 février est pris le 31 mars.

Ces insuccès tiennent à ce fait que les inoculations ne procurent qu'une immunité temporaire que l'on ne peut fixer à plus de 4 et même 3 semaines. Aussi Heubner décide de renouveler les inoculations toutes les 3 semaines. A partir de ce moment les cas intérieurs de diphtérie sont absolument supprimés.

Le tableau suivant que nous empruntons à Slawyk (4) montre :

(1) Lohr, Ueber Immunisirungsversuche gegen Diphtherie. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1896.

(2) Muller, Untersuchungen über das Vorkommen von Diphtherie bacillen in der Mundhöhle von nicht diphtherischen Kranken innerhalb eines grossen Krankensaales. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 1897.

(3) Slawyk, Uber die Immunisirung kranker Kinder mit Behring's Heilserum. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1898.

(4) Slawyk, Beitrag zur Serotherapie der Diphtherie. *Die Therapie der Gegenwart*, 1899.

	Cas intérieurs de diphtérie	Cas contractés dans le service des enfants	Cas de dipht. chez immunisés	Depuis quand ils ont été immunisés	Cas chez les enfants non immunisés	MOTIFS qui ont fait renoncer à l'immunisation
1890	1	1				
1891	3	3				
1892	14	14				
1893	5	5				
1894	8	6			6	
1895	32	27			22	
1896	7	5	1	depuis 27 j.	4	on manque de sérum.
1897	6	4	1	depuis 41 j.	3	on a suspendu intention[est]
1898	20	2			2	enfants au sein.

On voit que deux fois seulement la diphtérie est survenue chez des enfants immunisés, et dans ces deux cas on avait négligé de pratiquer une nouvelle immunisation au bout de l'intervalle réglementaire.

On ne saurait nier que la protection ait été le fait des inoculations préventives, puisque, d'une part, les cas intérieurs de diphtérie n'ont cessé de venir des autres services, 5 en 1895, 2 en 1896, 2 en 1897, 18 en 1898 et puisque dans le service 9 cas de diphtéries intérieures ont frappé des sujets non immunisés.

4 en 1896, 3 en 1897, 2 en 1898.

En octobre 1897 on avait suspendu les inoculations. Au début de novembre, 3 sujets non inoculés contractent la diphtérie.

La pratique des inoculations préventives a naturellement été poursuivie et toujours avec le même succès. En juillet 1899 Heubner tenta une nouvelle expérience et suspendit les inoculations. En octobre, quatre cas de diphtérie se succédèrent dont on ne put retrouver l'origine.

Les observations de Heubner se présentent, comme l'on voit, avec la précision la plus rigoureuse et l'immunisation conférée par les inoculations est en quelque sorte contrôlée par des expériences.

D'autres auteurs ont imité l'exemple de Heubner et avec le même succès. Nous citerons notamment Lenhartz à Hambourg. Hagenbach-Burckhard à Bâle, Riether en Autriche (1.450 enfants assistés).

Nous avons eu l'occasion d'y recourir chez plus de 800 enfants dans un service de rougeole. Nous y reviendrons.

A quelles doses faut-il injecter le sérum en pareil cas et quel est l'intervalle que l'on devra laisser entre ses injections?

Au début on a certainement injecté des doses insuffisantes et laisser un trop grand intervalle. La dose injectée par Heubner est de 250 unités antitoxiques et l'intervalle de 21 jours.

Morrill (1) nous donne des indications très précises sur les doses à employer et l'intervalle qu'il convient de mettre entre les inoculations. Dans un asile américain, 1.808 enfants inoculés tous les 28 jours avec une dose variant de 150 à 500 unités ont donné 7 cas de diphtérie. Sur ces 7 malades 3 avaient eu des doses insuffisantes, 2 ont été pris dans les 24 heures et ne pouvaient être encore immunisés, 2 ont été pris le 23 et le 22e jour. Ils auraient été respectés si l'inoculation avait été répétée toutes les 3 semaines.

829 enfants n'ont pas été immunisés ou ne l'ont pas été à plusieurs reprises, 9 ont eu la diphtérie.

Il conviendrait donc de répéter les inoculations toutes les 3 semaines. C'est précisément la pratique à laquelle a été amené Heubner.

Nous avons fait en 1899 des injections systématiques de sérum antidiphtérique dans un pavillon de rougeole où sont entrés 855 enfants.

12 enfants qui avaient la diphtérie au moment de l'entrée.

15 ont eu la diphtérie après les injections.

L'intervalle a été :

1	fois	de 2	jours
2	»	3	»
1	»	4	»
1	»	5	»
1	moins	de 7	jours
1	»	9	»
1	»	10	»
1	»	11	»
3	»	15	»
1	»	16	»
1	»	21	»
1	fois	de 2 mois et 5	jours.

La plupart de ces diphtéries ont été mortelles.

On voit que les résultats n'ont pas été aussi satisfaisants que ceux de Heubner et j'ai cru pouvoir en conclure que l'action préventive du sérum antidiphtérique a été moins efficace dans la rougeole. On ne saurait cependant nier *a priori* leur utilité vu le nombre considérable des sujets et la fréquence des rougeoleux entrés à l'hôpital avec la diphtérie.

C'est du reste un fait établi que la moindre efficacité des injections préventives dans la rougeole.

Slawyk nous apprend de son côté qu'à Berlin on injecte 2 fois plus de sérum aux morbilleux et qu'on est obligé de recommencer

(1) Morrill, For what period of time can immunity from diphtheria be conferred by a single injection of antitoxin ? The dosage. *Boston med. and surg. Journal*, 1898.

tous les 15 jours. Dans une discussion à l'Académie de médecine de New-York, HERMANN s'exprime d'une façon identique.

Notre communication peut être résumée de la façon suivante.

Les injections préventives de sérum antidiphtérique constituent le moyen le plus efficace de prophylaxie. Elles ne donnent pas une immunité absolue; mais elles garantissent habituellement les sujets pendant une période de 3 à 4 semaines.

Elles exercent d'autre part une influence atténuante non douteuse sur les cas de diphtérie survenus en dépit des inoculations aussi bien pendant cette période que le jour même de l'inoculation ou après les premières semaines.

On devra, sans hésiter, recourir aux injections toutes les fois qu'une épidémie de diphtérie sévira dans une agglomération, internat, école, crèche. Il est à souhaiter qu'en pareille circonstance les inoculations préventives puissent être imposées comme la vaccination dans un foyer de variole.

Dans une famille qui aura présenté un cas de diphtérie, l'inoculation immédiate des frères et sœurs sera très utile. On pourra, à son défaut, faire l'ensemencement du mucus pharyngé de tous les sujets et n'injecter que ceux dont la gorge renferme le bacille de Lœffler. Mais cette manière de faire sera moins certaine que la première.

En pratiquant régulièrement toutes les 3 semaines l'inoculation des enfants d'un hôpital, on peut supprimer radicalement les cas intérieurs autrement inévitables. Cette manière de faire ne saurait encore être imposée. Il sera toutefois très sage d'y recourir dans les hôpitaux ou asiles où les cas intérieurs se succèdent assez souvent et en particulier dans les services spéciaux où l'on reçoit des malades exposés davantage à l'infection diphtérique secondaire. Tel est le cas des pavillons de rougeole. Malheureusement dans la rougeole le sérum antidiphtérique a un pouvoir préventif moins marqué et moins long. Il y aura donc nécessité d'injecter de plus fortes doses et de répéter les inoculations tous les quinze jours.

CIRRHOSE HÉPATIQUE CONGÉNITALE PAR OBLITÉRATION CONGÉNITALE DES CONDUITS BILIAIRES.

par les Drs
ROLLESTON et HAYNE,
médecins de l'hôpital St-Georges.

Voici l'observation du malade : c'était un enfant du sexe masculin, âgé de 6 mois, qui avait eu de l'ictère depuis sa naissance ; on le traitait à la consultation externe avec du mercure, de la chaux, du sulfate de magnésie et du podophyllin. L'intensité de l'ictère variait de temps en temps, et l'état général de l'enfant semblait

se conserver. Quinze jours ayant de mourir, l'ictère s'étant accentué, l'enfant fut remis à l'hôpital dans l'état suivant : l'ictère était généralisé ; il y avait un peu d'érythème dans l'aisselle gauche ; le foie, très hypertrophié, descendait jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; la rate, aussi très augmentée de volume, s'étendait à trois travers du doigt au-dessous du rebord costal ; pas d'ascite ; l'urine renfermait de la bile, et les selles etaient décolorées. Le 5 juin, la température s'éleva à 40°, et l'enfant mourut en vomissant du sang. Cet enfant était un premier-né et ne présentait aucun signe de syphilis congénitale.

A l'autopsie pratiquée par le Dr Hayne, on constata que le corps était grêle, tous les organes et tous les tissus étaient colorés par la bile ; l'œsophage était normal et ne portait aucune trace d'hémorrhagie ; les plèvres étaient saines ; la trachée renfermait du sang ; on constata que du sang avait été aspiré dans les deux poumons ; ceux-ci présentaient de l'emphysème et quelques masses caséeuses, surtout à la partie superficielle (du poumon. L'examen microscopique montra que ces zones caséeuses étaient des noyaux de broncho-pneumonie, qui étaient devenus rapidement purulents, sans qu'il y eût aucune trace de tuberculose. Un des ganglions trachéaux était hypertrophié et caséeux.

Le foie pesait près du double de son poids normal. Il était très hypertrophié, de coloration jaune, et évidemment cirrhotique. Le canal cholédoque était petit et, comme sa moitié inférieure, était transformé en un cordon fibreux, il fut très difficile de le trouver et de le distinguer de l'artère hépatique. La vésicule biliaire était petite, épaissie, ratatinée, avec beaucoup d'adhérences ; le conduit cystique était représenté par un cordon fibreux. On trouvait des ganglions hypertrophiés dans la scissure porte comme c'est la règle dans la cirrhose biliaire hypertrophique. Le foie criait sous le scalpel, et on constatait la présence du tissu fibreux.

On examina au microscope diverses portions du foie : partout existait du tissu fibreux ; mais son aspect variait suivant les points. Dans les points où le tissu fibreux était le moins abondant, il y avait de la cirrhose monolobulaire, le tissu fibreux étant ancien et renfermant un grand nombre de canaux biliaires de nouvelle formation ; en d'autres points, la cirrhose était multilobulaire, et on observait des zones de tissu fibreux étendu, renfermant des cellules hépatiques comprimées et de petits canaux biliaires ; quelques-uns renfermaient des amas de bile coagulée. Partout la cirrhose était ancienne. A l'intérieur des lobules, les cellules hépatiques semblaient en bon état de nutrition ; l'arrangement trabéculaire était bouleversé, et des espaces paraissant vides séparaient entre elles les diverses colonnes des cellules.

Il semble donc qu'il s'agit d'une cirrhose mixte multilobulaire et monolobulaire. Des coupes faites près de l'oblitération du canal hépatique montrent un épaississement fibreux considérable de sa

paroi, avec une altération complète de sa structure et une absence de ses glandes. Dans sa lumière, on trouva des débris de pigment biliaire coagulé et des fragments nécrosés de tissu inflammatoire. On ne trouve aucune trace de revêtement épithélial. La paroi fibreuse est infiltrée de globules de bile, de distance en distance; à un examen plus attentif, on constate que ces débris ne sont pas formés d'épithélium, mais de tissu fibreux nécrosé, de quelques cellules fusiformes et de pigment biliaire.

La rate pesait 2 onces et demi et était très diffluente. Le cœur, le péricarde, les reins et tous les autres organes, en dehors de leur coloration par la bile, ne présentaient rien d'anormal. Ce cas est intéressant non seulement à cause de sa rareté, mais encore à cause de la discussion que soulève la nature morbide du processus.

En 1892, le Dr J. THOMSON a rassemblé 92 cas ; j'y peux ajouter neuf autres cas, dont l'un ne semble pas faire partie de ceux rapportés par THOMSON ; les autres ont été publiés depuis que cette monographie a paru. (GIESE, STEVEN, KYNOCH, HAWKINS, PUTNAM, TREVES, Ross et le cas ci-dessus.)

Le cas de TREVES a été opéré avec succès à l'âge de 19 ans : l'ictère durait depuis six ans, et on constata l'oblitération et l'absence de l'extrémité inférieure du canal hépatique. Il diffère tellement des autres qu'on se demande s'il appartient à la même catégorie. L'ictère ne commença qu'à l'âge de 3 ans ou lieu de deux ou trois jours après la naissance. Peut-être, bien que TREVES n'y ait pas songé, l'oblitération du canal était due à un calcul qui s'était fixé dans ce conduit au moment où a commencé l'ictère. THOMSON croit que le même processus morbide évolue dans la cholélithiase des enfants comme dans l'oblitération congénitale des conduits biliaires, et il signale deux cas dans lesquels l'appareil biliaire était anormal. Peut-être le cas de Treves doit-il être rangé dans cette catégorie. Il faut signaler que deux autres cas ont été opérés sans succès (GIESE, PUTNAM).

Dans les cas rapportés par THOMSON, sur 34 il y avait 21 garçons et 13 filles. Dans les neuf autres cas, six filles et trois garçons, ce qui fait un total de 24 garçons pour 19 filles.

Dans sa monographie, JOHNSON pensait que dans la grande majorité des cas il fallait tenir compte de la malformation congénitale des conduits qui rétrécissait la lumière disponible. Cette obstruction au passage libre de la bile disposait au catarrhe, à l'encombrement et finalement à l'oblitération des conduits biliaires. Le résultat de l'obstruction du libre passage de la bile dans le duodénum était le point de départ de la cirrhose biliaire. Dans un article récent, cet auteur modifie sa manière de voir et ne croit plus à une anomalie congénitale comme point de départ de la cirrhose. Il croit plutôt à une inflammation des canaux biliaires descendante déterminée par des corps irritants de la bile analogues à

la toluylènediamine : lorsque la maladie est assez développée pour empêcher le libre passage de la bile, la cirrhose biliaire se développe, comme dans la ligature expérimentale des conduits biliaires des cobayes faite par CHARCOT et GOMBAULT.

Dans un mémoire récent sur la cirrhose biliaire par obstruction, FORD a rassemblé 24 cas depuis 1882, où la cirrhose du foie était associée, et due, à son avis, à l'obstruction du canal hépatique. Sur ces 24 cas, il n'y en a que 9 dus à l'oblitération congénitale des conduits biliaires. En fait, cette statistique prouve que l'obstruction biliaire produisant par elle-même la cirrhose est le plus souvent due à une oblitération congénitale des conduits.

Il est important de faire remarquer que, chez l'adulte, il est comparativement rare de trouver la cirrhose du foie associée à l'obstruction des canaux biliaires ; et quand elle existe, elle est en général associée à des calculs et à l'infection biliaire, tandis que la cirrhose semble être toujours en rapport avec l'oblitération congénitale des conduits biliaires. Dans 50 cas de THOMSON, on ne fit un examen microscopique que dans 10 cas, et ce ne fut que dans un cas qu'on constata de la cirrhose ; dans 8 autres cas que je possède, la cirrhose existait au moins dans 7. Le cas omis est celui décrit par le Dr Ross, auquel je fais allusion plus loin.

Il reste à se demander s'il y a quelque preuve que dans ces cas la cirrhose dépend de l'oblitération des canaux biliaires plus volumineux. Si on peut prouver que les altérations des canaux biliaires ont précédé celles du foie, il s'ensuivrait que la lésion hépatique est due à l'obstruction des canaux biliaires. Dans un cas récent rapporté par Ross, le canal hépatique était oblitéré près du duodénum chez une fillette de 3 mois, et son foie présentait une infiltration de petites cellules tout autour des conduits biliaires plutôt que du tissu fibreux. Evidemment, dans ce cas, la lésion des canaux biliaires était la plus ancienne. D'autre part, dans la plupart des autres cas, la lésion fibreuse du foie était aussi ancienne que celle des conduits biliaires. THOMSON a rapporté 7 cas d'ictère infantile avec des symptômes semblables à ceux de l'oblitération congénitale des canaux biliaires, mais avec les canaux perméables : ils succombaient tous à l'âge de 17 mois en moyenne ou bien de 2 mois 1/2, comme dans l'oblitération congénitale des conduits biliaires. Cela fait croire que ce sont simplement des cas plus précoces, avant que l'encombrement se soit produit.

Voici l'hypothèse la plus plausible pour expliquer la pathogénie de l'oblitération congénitale des conduits biliaires. Dans le premier cas les poisons passent par le sang du placenta du fœtus par la veine ombilicale : une partie de ce sang passe à travers le foie, et par suite de l'effet toxique des corps qu'il renferme, il détermine une cirrhose porte ou multilobulaire ; le reste du sang dans la veine ombilicale passe directement dans la circulation générale du fœtus par le conduit veineux, et ensuite, grâce à l'artère

hépatique, conduit le poison au foie. De cette façon le corps toxique, qui, suivant THOMSON, peut être analogue à la toluylènediamine est excrété dans les petits conduits biliaires intra-hépatiques, déterminant de l'angiocholite et de la cirrhose monolobulaire, comme celle qu'on voit dans la cirrhose biliaire hypertrophique. Il se produit ainsi une cirrhose mixte porte et biliaire. L'angiocholite se propage à des conduits plus volumineux et donne lieu à une angiocholite oblitérante, par le même processus que l'appendicite oblitérante. La différence entre cet état de cirrhose congénitale (ombilicale) avec l'angiocholite oblitérante et la cirrhose de l'adulte consiste dans les altérations des gros canaux biliaires et de la vésicule biliaire. Pour expliquer cette lésion additionnelle on peut dire que, à la naissance, les conduits biliaires sont extrêmement petits, et toute inflammation de ces conduits étroits produira une sténose plus facilement que dans l'état adulte. C'est comme dans la diphtérie, où en dehors de sa plus grande fréquence chez les enfants, la sténose du larynx se produit plus aisément chez les jeunes sujets. Les surfaces opposées enflammées des conduits biliaires viendront plus facilement en contact, et, comme dans l'appendicite catarrhale, il peut se produire une oblitération.

Les considérations suivantes font supposer que la maladie est bien une cirrhose congénitale primitive :

1° L'existence presque constante dans ces cas d'obstruction des canaux biliaires chez les enfants, si on la compare avec la rareté et l'irrégularité avec laquelle la cirrhose est consécutive à l'obstruction des conduits plus larges de l'âge adulte. Le caractère mixte de la cirrhose explique la contradiction dans les cas qui ont été rapportés, les uns parlant de cirrhose biliaire, les autres de cirrhose multilobulaire.

2° L'énorme volume du foie qui le fait ressembler à la cirrhose biliaire hypertrophique. Dans l'obstruction simple des conduits plus volumineux de l'adulte quoique tuméfiés par la rétention de la bile à des périodes précoces, le foie est en général petit après la mort.

3° L'énorme développement de la rate, ce que l'on ne rencontre pas dans l'obstruction biliaire non compliquée. Cet énorme développement s'explique comme étant le résultat des corps toxiques qui se rendent à la rate par l'artère splénique. Dans la syphilis héréditaire, où il est problable que le poison atteint le foie par la veine ombilicale et provient de la circulation maternelle, plutôt que de supposer que l'ovule est infecté par le spermatozoaire syphilitique, il y a une hypertrophie analogue de la rate. Dans les deux cas, il y a une cirrhose due aux poisons arrivant par la veine ombilicale, la différence entre la cirrhose péricellulaire de la syphilis héréditaire et la cirrhose mixte (monolobulaire et multilobulaire) de l'oblitération dite congénitale des conduits biliaires doit dépendre d'une différence de poison dans les deux maladies. Cela

prouve, avec la statistique de Thomson, que la syphilis ne joue aucun rôle dans les antécédents de l'oblitération dite congénitale des conduits biliaires.

4° Le fait que dans quelques observations plusieurs cas de cette maladie rare ont été observés dans la même famille. La cirrhose biliaire hypertrophique s'observe souvent chez plusieurs membres de la même famille, et Bois croit que cela est une maladie à peine à flot. Comme objection à ce que l'oblitération dite congénitale des conduits biliaires est en réalité une forme de cirrhose congénitale, on pourrait dire que le poison qui détermine cette altération traverse la mère, et que celle-ci n'en présente aucune trace. Il faut admettre que, actuellement, il n'y a pas de réponse satisfaisante à cet argument. On doit cependant faire remarquer que la cirrhose biliaire grave qu'on observe chez les enfants indigènes autour de Calcutta a été considérée comme dépendant du lait maternel. Les mères se soumettent d'elles-mêmes à un régime sec et prennent une décoction de poivre noir. Si cela est le facteur causal, cela atteint les nourrissons plus que les nourrices et pourrait justifier l'hypothèse que chez le fœtus le foie est plus susceptible aux poisons que celui de la mère, pour être le siège de la cirrhose ; et chez l'enfant les effets de la syphilis peuvent être et sont habituellement plus manifestes que chez la mère syphilisée.

En résumé, il semble raisonnable de croire que la maladie est déterminée par des poisons provenant de la mère et se rendant au foie du fœtus, et que se développent ainsi la cirrhose mixte et l'angiocholite. C'est à l'angiocholite qu'est due la jaunisse, et en se propageant aux canaux plus volumineux, il se fait une angiocholite oblitérante comme pour l'appendicite.

Dans quelques cas, surtout ceux qui sont mortels dans la première enfance, on ne trouve que de la cirrhose et non de l'angiocholite. Peut-être dans quelques cas cette altération ne se développe jamais, et de cette façon quelques-uns des cas de cirrhose de l'enfance sont considérés comme tels. De même, dans quelques cas exceptionnels, l'angiocholite pourrait être retardée et venir plus tard : c'est ce qui est arrivé dans le cas de Treves et ce qui permet de le classer parmi les autres.

Il est possible qu'il y ait plusieurs états compris sous le titre d'oblitération congénitale des conduits, et que quelques-uns, comme celui du Dr Ross, sont dus à une constriction du conduit par une péritonite localisée, et méritent cette dénomination mieux que ces cas associés à la cirrhose (1).

(1) *British Med. Journal*, 30 mars 1901.

HYGIÈNE PRATIQUE

BASES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE L'APPLICATION DES EXERCICES CORPORELS DANS L'ENFANCE.

Par le Dr CASIMIR POLTOWICZ,
Ancien Interne à la Clinique chirurgicale de Lausanne.

TRÈS HONORÉS CONFRÈRES (1),

Dans un précédent rapport, j'ai étudié la valeur des exercices dans l'enfance, en les considérant comme moyen curatif et comme système de procédés d'hygiène pédagogique. J'avais pour but de démontrer, en me basant sur les données de l'anatomie et de la physiologie, que sous l'influence de la gymnastique ce n'est pas le système musculaire seul qui se développe et se fortifie, mais l'accroissement des os lui-même peut aussi être dirigé d'une façon déterminée dans les cas d'anomalies; que la structure et la fonction des articulations peuvent être perfectionnées; que les procédés mécaniques sont capables de produire des modifications importantes dans les différents systèmes des organes internes, tels que: appareils respiratoire, circulatoire et digestif; que le mouvement dans ses formes variées a une influence capitale sur le système nerveux et sur la nutrition des tissus. Par conséquent, ce n'est pas le but hygiénique seul qu'on vise par la gymnastique, qui très souvent donne aussi des effets thérapeutiques surprenants. J'ai remarqué qu'on peut obtenir ces résultats à tout âge; cependant, on les voit surtout et le plus rapidement se produire dans la période où l'accroissement organique n'est pas terminé, à l'époque où il y a une abondance de forces de réserve non utilisées, c'est-à-dire dans l'enfance et l'adolescence.

Permettez-moi à présent, Messieurs, de résumer à gros traits et de compléter en partie ma communication précédente.

La loi, formulée par DARWIN, que la fonction fait l'organe, est la thèse fondamentale qui domine la théorie de l'influence des exercices musculaires sur l'organisme animal. La réalisation de cette loi pendant plusieurs générations produit une modification considérable de l'organisme, voire même un éloignement radical du prototype, l'apparition d'une nouvelle race, d'une nouvelle espèce; mais dans chaque individu certains changements doivent se produire à leur tour. Admettons que *n* générations successives ont acquis un certain nombre de traits nouveaux, que nous désignerons par *a*; or il revient en moyenne sur le compte de

(1) 2e communication faite à la Société de pédiatrie de Kierff, le 16 avril 1901.

chaque individu, issu de la souche en cause, $\frac{a}{n}$ modifications. Ces changements sont occasionnés, d'un côté, par des causes purement mécaniques, — telles que pression, resserrement, élongation, etc , etc.; d'un autre côté, — par des phénomènes physiologiques, tels qu'un afflux plus abondant du sang plus riche en oxygène et en matières nutritives.

En partant de ce principe, nous pouvons facilement comprendre l'influence du mouvement et du repos sur le tissu osseux et surtout dans l'organisme en voie de croissance. L'os augmente de volume du côté de la pression diminuée, il s'amincit, s'atrophie, par contre, grâce à la résorption de ses éléments du côté de l'entrave. En plus, un développement intensif d'un département quelconque du système osseux produit l'atrophie des parties voisines par l'effet d'une nutrition diminuée.

Une étude plus approfondie des effets de l'exercice sur les muscles a démontré que, grâce au travail, il se produit un apport plus abondant du sang artériel, et par conséquent — une nutrition améliorée du muscle; qu'on observe une combustion renforcée des substances non azotées, — de la graisse et du sucre, qui se transforment par ladite combustion en acide carbonique, eau, acide lactique, acides gras, etc.; tandis que pendant un travail intensif il se produit encore une combustion des substances azotées, albumineuses, qui se décomposent en urée, acide urique, créatine, créatinine... Cette augmentation de la destruction des matériaux approvisionnés produit une amélioration de la nutrition et transforme l'action locale du mouvement en action générale. En outre, il faut signaler ici l'effet mécanique de la contraction musculaire sur les organes voisins, surtout sur les vaisseaux et sur les nerfs, et, enfin, les phénomènes de synergie, grâce auxquels le travail d'un muscle quelconque se réfléchit sur les autres groupes musculaires plus ou moins éloignés. Ainsi il se produit une contraction des muscles fixateurs du tronc, quand on soulève avec la main un poids considérable.

J'ai déjà dit dans ma communication précédente que le rôle des muscles striés n'est pas limité par le seul changement de position du corps ou de ses parties ; mais que, en dehors de cette destination, les muscles prennent leur part dans les fonctions de la respiration, de la digestion et de la circulation. Le système musculaire des extrémités et surtout du tronc peut être considéré, sous ce rapport, comme organe auxiliaire du cœur et des vaisseaux, de l'appareil respiratoire et des organes digestifs. La destination des os, à ce point de vue, est un peu différente, mais toujours non moins importante. Dans son ensemble la charpente osseuse présente un édifice, dans l'intérieur duquel est placé le laboratoire compliqué de notre organisme, et cet édifice doit être correctement construit afin que la machine fonctionne d'une manière

exacte. Il est aisé de comprendre, d'après ce qui précède, quelle importance capitale, au point de vue hygiénique et curatif, possède l'exercice pour l'activité des organes internes.

Et pourtant, cette influence des exercices sur les organes internes ne constitue qu'une partie de leur action. Il existe encore une action immédiate. Comme exemple de cette dernière nous pouvons citer toutes ces pressions sur le contenu de la cavité abdominable qu'on obtient au moyen de certains mouvements du tronc, ainsi que certains exercices passifs et les manipulations du massage.

Les exercices trouvent dans une large mesure une application très utile dans les maladies de la nutrition, dans la diathèse braditrophique de Bouchard. Et comme base de cette médication nous pouvons considérer la capacité du travail musculaire de ressusciter la nutrition des tissus et d'augmenter leurs combustions.

Parmi les influences des exercices sur le système nerveux il me suffit de mentionner : 1° l'action mécanique qui se traduit par l'élongation des nerfs, leur pression, leur ébranlement, etc. ; 2° l'action éducative, c'est-à-dire le dressage, l'accommodation des centres moteurs et sensitifs à l'accomplissement régulier de leur fonction. On peut atteindre ce dernier résultat non seulement dans la sphère des mouvements volontaires, mais aussi dans celle des mouvements automatiques, comme les fonctions de la respiration, de la circulation et de la digestion.

Nous devons dire, en terminant, que la gymnastique et le massage, dans les limites indiquées, conduisent toujours au but visé, à condition — cela va sans dire — que l'application soit rationnelle. Mais il faut avouer que dans la plupart des cas cet effet ne s'obtient que lentement.

La gymnastique, quant à l'éducation du corps, agit, comme l'éducation de l'esprit, très graduellement. Mais puisqu'il n'y a point d'autre chemin qui conduise au même effet, on doit se soumettre à cette nécessité. En outre — s'il m'est permis de continuer l'analogie entre les deux éducations citées — ce ne sont pas les mêmes efforts qui sont nécessaires quand on a affaire à un individu sain et bien doué, ou bien à un sujet malade et arriéré.

Enfin il ne faut pas trop exagérer cette longue durée du traitement, ni s'en effrayer outre mesure. Si la scoliose, qui se rattache aux maladies les plus rebelles, exige pour son traitement une demi-année ou même une année entière, il y a, par contre, beaucoup d'autres cas, d'autres maladies, où l'on obtient des résultats brillants en un, deux, trois mois.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Méningite à pneumocoques chez un nouveau-né syphilitique (1). — M. GUINON. — Il est entré, il y a quelques jours, dans mon service, un enfant de cinq semaines avec tous les symptômes de syphilis héréditaire au complet. Il présentait, en outre, les symptômes indubitables de méningite. Il était rationnel de penser qu'il s'agissait de syphilis méningée. La ponction lombaire montra le liquide céphalo-rachidien trouble, chargé de polynucléaires, et contenant des pneumocoques. Il s'agissait donc de méningite à pneumocoques ; l'autopsie a montré des dépôts fibrino-purulents caractéristiques sur les méninges.

Albuminurie orthostatique. — MM. MÉRY et TOUCHARD présentent (2) deux observations d'albuminurie orthostatique concernant des enfants. Ces observations sont remarquables par la quantité très élevée d'albumine excrétée à diverses reprises et atteignant 3 gr., 3 gr. 50 et même 8 gr. [quantités ne se rapportant, bien entendu, qu'à une miction déterminée], alors que généralement les quantités d'albumine constatées ne dépassent guère 25 à 50 centigr. Les maxima d'albumine se sont presque toujours produits à la fin de la matinée, avant le déjeuner.

L'examen cryoscopique, pratiqué à diverses reprises, a été généralement normal. Cependant, deux fois le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ a paru un peu relevé. A noter également dans la première observation une inversion de la sécrétion urinaire, caractérisée par de la polyurie nocturne, phénomène assez habituel chez les albuminuriques orthostatiques.

M. MÉRY rappelle, à ce propos, que, comme cela a été déjà indiqué par divers auteurs, l'albuminurie à type orthostatique peut se rencontrer au cours d'une néphrite non douteuse, et il a pu en observer deux cas nouveaux. Dans un autre fait, une albuminurie probablement fonctionnelle a pu, au début, être diurne et nocturne, puis est demeurée plus tard nettement orthostatique. Il semble donc que ce dernier caractère soit insuffisant pour caractériser une variété d'albuminurie.

Bromisme anthracoïde (3). — HALLOPEAU. — Un jeune enfant est atteint de lésions suppurantes et végétantes de la face et du tronc; en interrogeant la mère nous apprenons que cet enfant, nourri au

(1 et 2) Société médicale des hôpitaux. Séance du 14 juin.

(1) Société française de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 7 juin 1901.

sein, a pris quelques cuillerées d'une potion au bromure de calcium. L'aspect des placards est tout à fait pathognomonique des éruptions bromiques en général; tous les bromures paraissent donc provoquer des accidents identiques, quel que soit leur radical métallique.

Eruption due à l'antipyrine. — M. DANLOS. — Une malade, à la suite de l'absorption de quelques cachets d'antipyrine, fut prise d'un érythème généralisé ; sur quelques points il s'est formé des plaques noires recouvertes de bulles énormes.

Kératose folliculaire de Brooke. — M. BARBE vient d'observer deux frères, âgés l'un de sept ans, l'autre de huit, qui présentent tous deux la même affection caractérisée par de petites saillies cornées, de 1 à 2 millimètres de longueur, et de couleur gris jaunâtre, siégeant au niveau des orifices folliculaires.

Ces deux enfants sont hérédo-syphilitiques.

Or, sous l'influence du traitement mercuriel, les saillies cornées disparurent, pour se montrer de nouveau peu de temps après la cessation du traitement. On sait que BROOKE considère cette affection comme contagieuse et parasitaire : peut être peut-on voir une confirmation de cette hypothèse dans le résultat du traitement spécifique ; le mercure est, en effet, un agent antiseptique de premier ordre.

CHIRURGIE INFANTILE PRATIQUE

Imperforation ano-rectale (1). — M. LAFOND. — Un enfant, né à la Maternité de Pellegrin, le 8 avril, paraît bien constitué. A l'examen extérieur on ne constate rien d'anormal. Ce n'est qu'au bout de trois jours que l'enfant a des vomissements fécaloïdes ; il n'a pas rendu de méconium. Examinant le rectum, on s'aperçoit qu'à 2 centimètres au-dessus de l'anus, le doigt explorateur se trouve arrêté ; mais on sent parfaitement bomber le cul-de-sac rectal. On introduit alors un bistouri dans le cul-de-sac et du méconium s'écoule aussitôt. Une sonde à bout coupé est placée à demeure et permet l'écoulement facile et abondant du méconium. Les vomissements s'arrêtent.

Malheureusement, l'enfant, déjà très affaibli, très intoxiqué, ne tarde pas à mourir. A l'autopsie, l'examen de la portion anale permet de découvrir un pertuis suivi d'un canal faisant communiquer la portion anale avec la portion rectale. C'est par le pertuis que s'était engagée la sonde cannelée, puis le bistouri, enfin la sonde à bout coupé. La cloison de séparation était intacte.

(1) Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux. Séance du 28 mai 1901.

Sarcome de l'excavation pelvienne (1). — Piéchaud et Guyot. — Une fillette de vingt mois, soixante jours avant son entrée à l'hôpital, avait présenté une violente métrorrhagie ; quinze jours après, on vit apparaître au niveau de la vulve une tumeur rougeâtre qui se sphacéla et s'élimina, mais pour reparaître peu après.

A son arrivée dans le service on trouve une masse volumineuse occupant toute l'excavation ; l'enfant ne fut pas opérée et mourut.

Énorme corps étranger de l'estomac (2). — M. Kœppelin présente à la Société des sciences médicales de Lyon un corps étranger retiré de l'estomac d'une jeune fille de 15 ans 1/2, opérée, il y a cinq jours, par M. Siraud, dans le service de M. A. Pollosson, à la Charité.

La malade est entrée à l'hôpital pour une tumeur abdominale. On constatait, en effet, une tumeur ovalaire, à grand axe vertical, située à gauche de la ligne médiane, remontant au-dessus des fausses côtes et descendant plus bas que l'ombilic. Elle était dure, lisse et régulière, très mobile sur les plans profonds, imparfaitement fixée par les contractions des droits, franchement indépendante des organes du petit bassin.

A la percussion : Zone de matité en avant, ne se continuant ni avec la matité splénique, ni avec la matité hépatique. L'indolence était absolue. Rien au toucher vaginal.

Les signes fonctionnels étaient peu marqués; quelques vomissements, toujours la nuit, vomissements glaireux, de date déjà ancienne, sans altération de la santé. Appétit conservé — la malade mangeait peu — constipation légère. Rien aux organes. En face de ce tableau symptomatique, quel diagnostic fallait-il faire ?

M. Siraud élimina l'hypothèse d'une tumeur de l'utérus ou des annexes, en raison des données du palper et du toucher ; l'idée d'un fibrome de la paroi fut également rejetée, le rein ne pouvait être incriminé en l'absence de troubles de la miction et de signes propres aux tumeurs rénales. Le diagnostic resta donc hésitant entre un kyste du pancréas et une épiploïte bacillaire.

L'intervention a été pratiquée samedi. Laparotomie médiane. Après ouverture du péritoine pariétal, l'estomac apparaît dilaté ; on sent la tumeur derrière cet organe. L'arrière cavité des épiploons est ouverte à travers le méso-colon ; elle est vide ; la masse perçue est séparée du doigt par la paroi postérieure ; elle est évidemment dans la cavité gastrique. On pratique une gastrostomie large et l'on retire par l'opération un véritable moule de l'estomac, constitué superficiellement du moins (il sera ouvert plus tard), par des cheveux qui paraissent fort longs,

(1) Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux. Séance du 14 mai 1901.

(2) Séance du 19 juin 1901 in : *la Province médicale*.

cheveux accolés, massés pour former un bloc compact, allongé, cylindrique, à grosse extrémité supérieure arrondie, recourbé en bas au niveau du pylore et terminé par un pinceau de longs cheveux qui était engagé dans le duodénum. Le bloc est imbibé de liquide gastrique, d'odeur aigre caractéristique. *Il pèse 760 gr.*

La malade, qui va bien (les suites opératoires ont été simples), avoue avoir avalé du papier, du fil, une médaille, des cheveux; c'est une habitude déjà ancienne. Cette jeune fille est une hystérique avérée.

L'observation que nous venons de rapporter est intéressante à plusieurs points de vue.

1° Nous n'avons pas trouvé mention, dans les classiques, d'un corps étranger aussi volumineux de cette nature retiré de l'estomac. On signale des cheveux, mais les auteurs parlent de pelotes qui ne ressemblent en rien à notre masse vraiment énorme qui comblait presque totalement la cavité gastrique.

2° La tolérance de l'estomac était remarquable; la malade ne souffrait pas, continuait à manger et n'avait que des vomissements aqueux, datant de deux ans, et qu'on pouvait rattacher à son état névropathique.

Corps étranger de la trachée. — MM. Chavannaz et Guyot. — Un enfant de vingt-six mois avale un haricot, qui est enlevé quelques jours après par M. Guyot. M. Chavannaz avait commencé par la trachéotomie, mais le haricot, descendu au niveau de la bifurcation trachéale, n'avait pu être atteint. Ce n'est que le lendemain que M. Guyot réussit à l'enlever.

MÉLANGES SCIENTIFIQUES

Chimisme respiratoire dans la tuberculose (1). — M. Robin a étudié 392 malades au point de vue du terrain prédisposant à la phtisie. On sait qu'une des caractéristiques des tuberculeux, c'est la déminéralisation organique.

Mais il existe aussi certaines particularités absolument contraires à ce qu'on admet d'ordinaire. On pense et on écrit que les actes respiratoires et l'hématose sont très diminués chez le phtisique. Or, ces échanges respiratoires sont *au contraire exagérés chez eux.*

Sur 162 cas, cette particularité n'a manqué que dans 8 cas. Le chimisme respiratoire des phtisiques est donc absolument spécial.

Un individu sain consomme 107 cc. d'air par kilogramme de poids et par minute ; chez les phtisiques on a toujours les chiffres suivants : 192 cc. (hommes) et 225 cc. (femmes).

(1) Académie de médecine, séance du 19 mars 1901.

Un homme normal consomme 5 cc. 13 d'O, un tuberculeux consomme 10 cc. 29 (femmes) et 8, 72 (homme); un homme sain émet par kilogr. et par minute 4 cc. 17 de CO, un tuberculeux en émet 7,5 (femme), 8,85 (homme).

L'oxygène absorbé par l'homme sain est par kilogr. et par minute 0,85 ; chez les tuberculeux 2,5 (femmes) et 1,87 (hommes). Chez les tuberculeux la ventilation pulmonaire, au lieu de 0,67, est de 110 chez la femme et de 85 chez l'homme.

Le CO^2 éliminé s'accroît de 86 0/0 chez l'homme et de 92 0/0 chez la femme.

L'oxygène consommé est de 62 0/0 chez la femme et de 80 0/0 chez l'homme.

Cette exagération des échanges existe chez le tuberculeux à tuberculose fibreuse quoique moins marquée. Elle peut se rencontrer aussi même à la première phase de la première période. avant tout signe d'auscultation.

Elle existe aussi dans les dernières phases de la phtisie ; ainsi, dans ce cas, on peut trouver que la quantité d'oxygène absorbée par minute est de 11,9 au lieu de 5,3 (normale), tandis que l'acide carbonique éliminé est de 9,9 au lieu de 4,17 (chiffre normal).

On peut donc affirmer que chez les phtisiques, dans 92 0/0 des cas, les échanges respiratoires sont très accrus, quelle que soit la période de la maladie.

Dans divers cas de tuberculose osseuse, les résultats sont les mêmes.

Au contraire dans la méningite et la péritonite tuberculeuses, dans le lupus il n'y a pas de modification des échanges.

Dans 40 états morbides variés étudiés, les résultats ont été variables.

Dans la fièvre typhoïde, il y a ralentissement des échanges.

Dans la grippe, les échanges sont rarement exagérés.

Dans la chlorose, la ventilation est moins forte.

En somme, si quelques maladies présentent rarement une exagération du chimisme respiratoire, dans aucune maladie ce chimisme n'est identique à celui de la phtisie. Par conséquent, dans les cas douteux, l'étude du chimisme respiratoire permettra de faire le diagnostic très précoce.

Dans divers cas MM. Robin et Binet ont pu établir le diagnostic du terrain tuberculeux. Or, chez les sujets où ils ont constaté le type d'exagération des échanges, ces sujets ont été atteints de tuberculose et ont succombé.

Au contraire, dans un cas, par exemple, malgré l'existence de nombreux bacilles, le chimisme respiratoire ayant montré que le type exagération des échanges ne se rencontrait pas, le malade a guéri.

Ce procédé d'examen peut servir à déceler chez des descendants

de tuberculeux, ceux qui sont prédisposés et ceux qui sont indemnes de toute tare.

Dans la scrofule et l'arthritisme, on trouve une diminution des échanges bien en accord avec ce que la clinique apprend des rapports de ces deux diathèses avec la tuberculose.

En somme, il existe là un procédé de tout premier ordre pour établir le diagnostic extraordinairement précoce de la tuberculose, comme aussi pour établir une thérapeutique rationnelle permettant à l'organisme de faire face à cette exagération des échanges et en même temps de réparer ses pertes en matières minérales.

Autopsie d'un fœtus hydrocéphale. — Pied bot. — Mains botes (1). — MM. LAFFONT et ROCHER. — Après incision de la peau du crâne, on trouve une bosse séro-sanguine.

L'écorce cérébrale est molle et fluctuante, d'une épaisseur de un millimètre à peine, et dans l'intérieur des ventricules se trouve une grande quantité de liquide rosé.

Au niveau des zones motrices, on voit de larges placards violacés.

Au niveau de la main et du poignet droits, les os sont au complet comme nombre; leur disposition est normale; le pli de flexion passe par le grand os et le troisième métacarpien.

Le radius et le cubitus sont normaux. A gauche, la disposition est semblable.

Pieds : des deux côtés, le tibia et le péroné sont normaux. Les os du tarse sont normaux; l'astragale a glissé au-devant de l'articulation tibio-tarsienne.

Le fémur droit est le siège d'une fracture spontanée, et au niveau du trait de fracture, on trouve un foyer hémorragique.

Ptosis congénital (2). — M. GINESTOUS montre à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux un nourrisson de trois mois et demi qui depuis la naissance n'a pu entr'ouvrir les paupières que dans ces derniers jours. L'enfant est venu à terme d'une façon normale et on ne relate rien dans son observation qui permette d'expliquer son ptosis. Cette chute de la paupière supérieure est bilatérale et symétrique. Ses globes oculaires sont intacts et se meuvent d'une façon qui paraît normale. Le centre du releveur palpébral paraît être uniquement intéressé, à moins qu'il ne s'agisse d'un vice de développement portant sur le groupe cellulaire d'où émanent les fibres nerveuses destinées à ce muscle.

L'extrait glycériné de thymus dans la myopatie primitive pseudo-hypertrophique. — M. CRUCHET a repris la médication thymique

(1) Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, séance du 26 mars 1901.

(2) Séance du 11 mars 1901.

dans quatre cas de myopathie progressive. Ces essais, qui ont porté sur des enfants de six à douze ans, n'ont pas encore donné de résultats appréciables, bien que le traitement ait été suivi pendant trois mois consécutifs.

Fœtus pseudencéphale (1). — MM. Alain et Manine-Hitou. — Enfant, du sexe féminin, présentant le type décrit par Geoffroy de Saint-Hilaire sous le nom de pseudencéphale. La tête ressemble à celle d'un crapaud. Le corps est trapu, les membres bien conformés, il ne présente pas d'autres malformations. Cet enfant est né à sept mois.

Existence de la sensibilatrice dans le sérum des typhiques. — MM. F. Widal et L. Le Sourd. — Les recherches de M. Bordet ont montré que les propriétés bactéricides ou cytolytiques d'un sérum spécifique étaient dues à l'action combinée de deux substances : l'*alexine* ou substance destructive, présente dans le sérum normal, pouvant être anéantie à la température de 56°, et la sensibilatrice, seule substance spécifique développée dans le sérum des vaccinés, résistant à la température de 56°, et agissant en prédisposant le microbe ou la cellule à absorber l'alexine.

Pour démontrer l'existence d'une senbilisatrice dans un sérum antimicrobien, M. Bordet a précisément utilisé la propriété qu'a cette substance de faire absorber l'alexine par le microbe qu'elle impressionne.

Si l'on mélange, par exemple, un sérum normal non chauffé à une émulsion de bacilles typhiques à l'isotonie et à du sérum de cobayes vaccinés, préalablement chauffé à 56°, les bacilles ainsi sensibilisés absorbent l'alexine ou matière destructive qui disparaît du milieu. Si, à ce mélange ainsi préparé depuis cinq heures, on ajoute une certaine quantité de globules rouges sensibilisés par un sérum spécifique chauffé, lui aussi, à 56°, l'hémolyse ne se produit pas, puisque l'alexine du sérum non chauffé qui aurait pu l'occasionner a été absorbée dans le premier mélange par les bacilles typhiques. Si, au contraire, ce premier mélange avait été confectionné avec un sérum non typhique, et, par conséquent, ne contenant pas de sensibilatrice spécifique, l'alexine n'aurait pas été fixée par les bacilles non sensibilisés, et, laissée libre, elle serait venue hémolyser les globules rouges ajoutés.

MM. Bordet et Gengou ont constaté que le mélange confectionné avec le sérum de deux convalescents de fièvre typhoïde avait pu empêcher l'hémolyse. Nous avons recherché si le phénomène pouvait apparaître au cours et même au début de la

(1) Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, séance du 12 mars 1901.

maladie. Nous l'avons constaté chez dix typhiques en cours d'infection. Chez trois malades, nous l'avons trouvé au neuvième jour ; il ne nous a pas été donné jusqu'à présent de le rechercher chez des typhiques moins avancés dans la maladie.

Les recherches de contrôle que nous avons faites avec le sérum de quatorze malades atteints de tuberculose, d'érysipèle, d'embarras gastrique, d'angine ou d'affection cardiaque ne nous ont donné que des résultats négatifs.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Extraction des corps étrangers des voies aériennes. — Brindel (1). — Certains corps étrangers sont susceptibles d'augmenter de volume par le séjour dans la trachée : tels sont les haricots, les graines en général, quelques animaux comme les sangsues. D'autres, comme les noyaux et les corps minéraux, n'augmentent jamais de volume. Une règle de conduite s'impose de ce chef : c'est que l'intervention devra être beaucoup plus prompte dans le premier cas que dans le second.

Chez de très rares patients, alors que le corps étranger est visible au miroir laryngoscopique et que le sujet se prêtera à ces manœuvres, il sera possible, après cocaïnisation préalable, d'essayer l'extraction par les voies naturelles; mais il faudra, pour cela, que le corps étranger occupe l'espace sous-glottique ou l'extrémité supérieure de la trachée, qu'il soit immobile, fixé solidement, et que sa surface, aplatie, offre des aspérités qui facilitent sa préhension. Il faudra, de plus, que sa direction soit antéro-postérieure, toutes conditions qui ne sont réalisées que tout à fait exceptionnellement.

Les tentatives par les voies naturelles ne pourront jamais être faites que chez un adulte, et encore à la condition expresse que tout soit prêt pour une trachéotomie, le moindre mouvement involontaire étant susceptible de déplacer le corps étranger, de le faire tomber dans la trachée, et d'augmenter par cela même la gêne respiratoire.

Je ne parle que pour mémoire de ces *pratiques surannées et dangereuses* qui consistent à administrer des vomitifs ou à provoquer la toux dans le but d'amener une expulsion spontanée du corps du délit. Elles n'ont pour effet que d'engendrer plus rapidement l'inflammation de la trachée ou des grosses bronches que la présence du corps étranger eût produite toujours trop tôt, et, s'il s'agit d'objets susceptibles de se gonfler, de provoquer une asphyxie plus rapide.

Il y a lieu de loger à la même enseigne les tentatives faites à l'aveugle par les voies naturelles, au moyen de pinces, et sans le

(1) *Journal de medecine* de Bordeaux, 14 avril 1901.

secours du miroir, pour aller à la pêche du corps étranger. Elles ont les plus funestes conséquences quand ce dernier s'est arrêté dans le larynx (j'en ai rapporté un exemple dans ma thèse de doctorat). A plus forte raison ne doit-on pas y avoir recours dans le cas qui nous occupe.

La trachéotomie demeure donc, à peu de chose près, l'unique ressource pour les corps étrangers de la trachée. Elle doit être faite de bonne heure, avant l'arrivée des complications inflammatoires trachéobronchiques ou pulmonaires, dès qu'on a la certitude que le corps étranger, par son volume, sa nature ou son siège, ne pourra être expulsé rapidement, qu'il soit rejeté au dehors ou qu'il entre en dissolution dans le mucus trachéal.

La trachée sera ouverte *sur un champ absolument exsangue*, autant que possible après chloroformisation ; on devra, dans certains cas, se contenter de la cocaïnisation, et même, si le malade asphyxie, on se passera de toute anesthésie.

Les deux lèvres de la plaie trachéale seront maintenues éloignées l'une de l'autre, au moyen de deux petits écarteurs mousses.

Alors plusieurs hypothèses pourront se présenter :

Ou bien, dans un effort de toux, le corps étranger, qui était mobile dans le conduit aérien et situé au-dessous de la plaie, sera projeté au dehors, comme le fait s'est produit deux fois sous mes yeux ;

Ou bien, il n'apparaîtra pas, soit parce qu'il est fixé à l'entrée d'une bronche ou dans la partie inférieure de la trachée, soit parce qu'il occupe la région sous-glottique. Dans ce dernier cas, il sera facile, au moyen d'une curette mousse introduite par la plaie, d'aller le dégager et de le ramener, comme cela a été fait chez la fillette dont je viens de vous rapporter l'observation. Si le corps étranger est immobilisé dans le segment inférieur de la trachée, près de l'ouverture opératoire, la même curette mousse ira doucement à sa recherche, et le ramènera, ou du moins, en le mobilisant, permettra son expulsion par la toux.

Un très bon éclairage, pendant toutes ces manœuvres, faites avec les plus grandes précautions, sera de toute nécessité, comme bien vous le pensez.

Si le corps étranger est fixé trop bas dans l'arbre aérien ou se trouve engagé dans une bronche, on n'insistera pas et on se contentera de laisser une canule à demeure. Le lendemain ou les jours suivants, il deviendra mobile, tout au moins par le travail inflammatoire qui se sera créé autour de lui, et il n'y aura qu'à retirer la canule et dilater ou non pendant quelques secondes la plaie trachéale, comme au moyen de l'opération pour avoir la satisfaction de le voir expulser spontanément dans un accès de toux.

Au grand jamais on n'introduira ici encore à l'aveugle de

grandes pinces dans le bout inférieur de la trachée, soit pendant l'opération, soit dans les jours consécutifs, pour aller à la pêche du corps du délit. On ne réussira jamais à l'extraire de cette façon; on réussira presque toujours à amener des désordres graves dans la trachée et à précipiter le dénouement fatal, alors qu'un peu de patience eût suffi pour obtenir la guérison.

Dès que le corps étranger a été expulsé, il faut s'assurer que la respiration est normale, et supprimer la canule.

Dans le cas où l'expulsion aura été faite pendant l'opération, il ne sera pas nécessaire de laisser une canule dans la plaie. Cette notion, qui paraît si simple au premier abord, n'est pas encore en faveur dans le monde chirurgical, pas même parmi les laryngologistes, et M. Moure est un de ceux auxquels il faut rapporter cette amélioration considérable dans la technique opératoire. Aschapringer, le 6 juin 1883, avait déjà suturé la trachée et la plaie cutanée, et cela avec succès, chez un enfant de huit mois.

Après avoir perdu en quarante-huit heures, de bronchite capillaire, un petit bébé de treize mois auquel il avait enlevé de la trachée une graine de melon et laissé une canule à demeure, M. Moure s'est demandé s'il ne valait pas mieux supprimer l'emploi de la canule, et, quelques jours après, les événements lui donnaient raison. Un autre enfant, opéré dans ces conditions pour un noyau de prune, ne présenta pas la moindre complication.

C'est la conduite qui a été tenue dans le cas que je viens de relater, et vous avez pu entendre que, malgré l'existence d'une bronchite au moment de l'intervention, les suites avaient été en tous points excellente.

De la sorte tout se borne à une plaie aseptique régulière et verticale de la trachée et des téguments, et on se trouve dans les meilleures conditions pour une réussite complète, et cela d'autant mieux que la respiration physiologique est immédiatement rétablie.

L'huile de ricin résorcino-benzonaphtolée comme antiseptique gastro-intestinal. — M. F. Blonsky (1). — L'huile de ricin additionnée de résorcine et de benzonaphtol à la quantité de 1 gramme de chacune de ces substances (de 0 gr. 50 pour enfants âgés de cinq à quinze ans) par cuillerée à bouche et administrée aux doses purgatives usuelles, est le meilleur des antiseptiques du tube digestif agissant à la fois sur l'estomac (par la résorcine) et sur l'intestin (par le benzonaphtol) et pouvant être employé sans le moindre inconvénient.

Sérothérapie intensive dans la diphtérie. — MM. Barbier et Loligois. — L'épidémie actuelle de diphtérie qui sévit à Paris

(1) *Vratch*, 12 mai 1901.

depuis le mois de janvier, semble être d'une gravité exceptionnelle. Les cas graves d'emblée y sont nombreux et, de plus, on observe un certain nombre de malades dont la diphtérie n'obéit pas au sérum comme on a l'habitude de le voir. Tantôt les fausses membranes persistent, accompagnées de phénomènes généraux d'intoxication (*forme prolongée*), tantôt elles continuent à s'étendre malgré le sérum, et les phénomènes généraux s'aggravent (*forme récidivante*). Tantôt, après une guérison apparente, les fausses membranes reparaissaient accompagnées de phénomènes d'intoxication (*forme à rechute*).

Dans tous les cas, nous avons eu recours avec succès et toutes les fois que cela a été nécessaire, à des inoculations de sérum antidiphtérique répétées aussi souvent que les indications le demandaient, de telle façon que certains enfants ont reçu, en quelques jours, des doses de sérum allant jusqu'à 80, 90 et même 140 cc., sans que nous ayons jamais aucun accident. Il faudra donc, dans des cas semblables, s'éloigner de la maxime classique qui fixe la dose de sérum d'après l'âge de l'enfant, et lui substituer la méthode des inoculations à doses plus fortes et répétées aussi souvent que cela sera nécessaire.

Cette méthode doit être appliquée également toutes les fois qu'il existe de la diphtérie trachéo-bronchique : sous cette influence on peut obtenir des guérisons dans une maladie regardée comme excessivement grave.

Enfin des recherches anatomiques et bactériologiques, rapprochées de ce que l'on sait sur l'apparition des paralysies tardives, nous permettent de penser que la maladie diphtérie n'est pas terminée, ainsi qu'on le pense généralement, quand l'angine paraît guérie sous l'influence des premières injections de sérum.

Quand on suit avec soin les phénomènes qui se présentent avant l'apparition de ces paralysies tardives, on est frappé de voir que celles-ci ne surviennent pas subitement, mais sont précédées de phénomènes morbides où l'on retrouve tous les stigmates de l'imprégnation diphtérique. Il est donc naturel, à ce moment précoce, de refaire de la sérothérapie intensive avant que les paralysies soient irrémédiables. Dans ces cas, on voit alors les phénomènes toxiques rétrocéder, et nous avons observé, chez quelques malades, la guérison de symptômes nerveux qui semblaient menacer la vie de l'enfant.

Lavages de l'intestin grêle. — E. Périer. — Le lavage de l'intestin qui trouve son indication dans le choléra, les entérites, l'ictère et nombre d'affections intestinales telles que l'occlusion intestinale, dans l'urémie, les auto-intoxications, etc. ; doit être fait avec soin.

On couche l'enfant horizontalement en relevant la hanche gau-

che à l'aide d'un coussin afin que le cæcum se trouve en position déclive. Après cela on introduit aussi profondément que possible dans le rectum une sonde uréthrale de caoutchouc de la grosseur n° 25 de la filière Charrière.

A cette sonde on adapte le tube d'un bock, contenant 8 à 10 litres d'eau bouillie chauffée à 40°, et qui est d'abord maintenu très bas, c'est-à-dire à 30 centimètres au-dessus du niveau du petit malade. L'eau pénètre ainsi doucement dans le rectum, puis dans le colon, dans le cæcum et de là dans l'intestin grêle. On est alors au troisième litre du liquide, et celui-ci ne pénètre plus facilement, de sorte qu'il faut élever légèrement le récipient.

Le liquide s'étale peu à peu dans tout l'intestin grêle, et, à partir du sixième litre, il pénètre dans l'estomac. Le malade a alors des vomissements qui consistent dans le rejet du liquide souillé par les matières fécales.

On peut faire circuler ainsi dans l'intestin 8 ou 10 litres de liquide qui *ressortent par la bouche*, et faire ainsi un lavage parfait de tout le tractus intestinal.

De la paralysie spinale infantile.— Traitement électrique.—E. Lacaille (1). — En face d'un enfant atteint de paralysie infantile, que devons-nous faire d'abord ? Après un examen clinique général minutieux, il faut faire l'électro-diagnostic en détail, groupe par groupe d'abord, et muscle par muscle ensuite.

Voici, par exemple, des muscles qui, après le premier septénaire, ont conservé, quoique diminuées, leurs réactions faradiques, ils guériront complètement et rapidement.

En voici d'autres qui, au bout de quelques semaines, ne présentent encore que la RD partielle ; avec des soins intelligents, éclairés et *suffisamment prolongés*, on arrivera encore à les sauver du naufrage.

Restent les muscles atteints de RD complète. Jusqu'à ce jour il avait été classique d'admettre qu'ils devaient être considérés comme irrémédiablement perdus, mais que l'événement avait plusieurs fois donné tort à de semblables condamnations En effet, si le malade en est à la 1re ou 2e période, il peut encore y avoir espoir et on doit *lutter* avec patience.

Ce qui est irrévocablement perdu, ce sont les muscles atteints depuis longtemps de RD, ou naturellement ceux qui ne répondent plus du tout aux excications galvaniques quelconques.

L'électrodiagnostic bien établi et les pronostics respectifs posés, il ne restera plus qu'à instituer le traitement électrique convenable pour chacun des cas observés.

L'enfant supporte mal qu'on le fasse souffrir, et les parents le supportent encore moins bien. Il faut donc diminuer le plus pos-

(1) *Revue de cinésie et d'électrothérapie.* 1901, n° 5.

sible la *densité* du courant utilisé. Il faut donc prendre de très larges électrodes. Si l'on doit employer les courants faradiques lorsque les muscles leur obéissent encore, on se servira seulement du courant de bobine à gros fil (courant de quantité), avec une ou deux interruptions à la seconde au maximum.

Mais c'est surtout le courant galvanique qui donnera de bons résultats. Une très large électrode, 20/15 cent. environ, bien humide d'eau salée, reliée au pôle positif, sera maintenue sur le dos du petit malade à la base du cou pour les bras, et à la ceinture pour les jambes. La main ou le pied plongera complètement dans une cuve d'eau salée en relation avec l'autre pôle.

Les choses étant ainsi disposées, on débitera progressivement le courant jusqu'à 10 et 15 milliampères.

La séance durera 15 minutes et devra être répétée au début tous les jours, puis tous les deux jours. A la fin de la séance, on fera des interruptions en élevant l'intensité du courant jusqu'à obtention des constrictions des muscles malades. (Une quinzaine de secousses en tout.)

Voilà, au point de vue électrique, le traitement par excellence à faire suivre aux petits paralytiques d'origine spinale. Si l'on ne s'adresse qu'aux seuls muscles encore susceptibles d'être sauvés, on obtiendra leur guérison avec l'électrothérapie, si l'on y met la constance et la patience nécessaires. C'est par mois, quelquefois par années, qu'il faut calculer souvent la durée d'un semblable traitement, mais si ce traitement doit être long, il le sera cependant d'autant moins qu'il aura été commencé plus près du début de la maladie, c'est-à-dire dès le premier jour du constat de la paralysie.

Les irrigations antiseptiques du nez comme moyen de traitement de la coqueluche. — E. M. Payne (de Cricklewood) a eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans un cas de coqueluche ayant résisté à tous les remèdes employés habituellement en pareille occurrence. A la fin du troisième septénaire de la maladie, il commença à pratiquer, d'une façon systématique, des lavages des fosses nasales, injectant à travers les narines trois fois par jour 300 à 600 gr. d'une solution d'acide phénique à 2,5 p. 100. Les premières injections provoquèrent des accès de toux et d'éternuement suivis d'une abondante sécrétion de mucus ; les suivantes furent supportées beaucoup mieux et ne tardèrent pas à amener une diminution notable du nombre et de l'intensité des quintes. La guérison complète s'obtint en une semaine environ.

REVUE DES SPÉCIALITÉS

La Phosphatine Falières dans l'alimentation des Enfants.

La Phosphatine Falières, qui a obtenu la plus haute récompense à l'Exposition de 1900, est un mélange de farine de riz, tapioca, fécule de pommes de terre, arrow-root, à parties égales, plus cacao, sucre et phosphate de chaux (20 centigrammes de phospate bicalcique par cuillerée à soupe).

Toutes les fécules qui entrent dans la composition de la phosphatine ont été portées à une température suffisamment élevée pour les stériliser et pour en solubiliser et saccharifier partiellement la molécule amylacée.

Le phosphate de chaux, d'accord en cela avec les exigences des éléments histologiques chargés de l'utiliser, se trouve à un état d'assimilabilité telle qu'introduit dans l'estomac il perd sa forme organique pour ne faire qu'un avec la molécule organique chargée de le transporter dans l'intimité des tissus.

Puisqu'il est établi que l'enfant qui grandit en même temps qu'il s'entretient a besoin, par unité du poids du corps, de beaucoup plus de matériaux alimentaires que l'adulte, qui, lui, a cessé de croître et n'a plus qu'à s'entretenir, et que, d'autre part, ses organes sont encore incomplètement développés, il faut lui présenter les aliments sous la forme la plus aisément assimilable.

C'est ce qu'a réalisé Falières dans sa Phosphatine.

Au moment du sevrage, quand on commence à ajouter au lait des bouillies, soupes, etc., on devra donner la phosphatine préférablement à toutes les autres. Contrairement aux aliments similaires, elle tient compte, en effet, du besoin qu'a l'enfant de ce phosphate de chaux qu'il trouvait dans le sein, mais qu'il ne trouve pas ailleurs, au moins sous une forme aussi assimilable.

Plus tard, pendant la période scolaire, la phosphatine convient à merveille aux enfants : c'est en réalité la seule préparation qui assure la restitution du phosphate de chaux dépensé en grande quantité par le fonctionnement du cerveau.

Dans les maladies de la nutrition, c'est à maintenir l'équilibre organique entre les recettes et les dépenses que s'évertue le médecin. Or, ce qui est difficile à faire assimiler surtout à un organisme défaillant, c'est le phosphate de chaux qui, donné en nature, se retrouve dans les selles.

C'est pour cela que la phosphatine est l'aliment à conseiller.

Les petits rachitiques y trouvent leur salut ; les lymphatiques, les tuberculeux, les anémiques, le meilleur adjuvant de tout traitement hygiénique ou médicamenteux.

Dr TEISSIER.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE INFANTILES

CLINIQUE

GOITRE EXOPHTALMIQUE CHEZ UN GARÇON DE 4 ANS 1/2 AVEC LA TRIADE SYMPTOMATIQUE TYPIQUE ; EXOPHTALMIE, GOITRE, TACHYCARDIE,

PAR MM.

VARIOT, et **PIERRE ROY,**

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, *Interne des hôpitaux de Paris.*

Le 30 mai 1901, l'enfant Edmond N..., né le 24 novembre 1896, est venu à la consultation externe de l'hôpital des Enfants-Malades. Sa mère venait consulter au sujet d'une toux quinteuse, persistante. Mais ce qui frappa tout de suite l'externe chargé du triage des maladies contagieuses à l'entrée de la consultation, fut la saillie considérable de ses deux globes oculaires.

Les parents de cet enfant sont originaires de la Corrèze, des environs de Pompadour. Ils sont bien portants.

Le père est âgé de 36 ans ; il est briquetier ; il n'est pas buveur. Dans son enfance il aurait eu des convulsions (?).

La mère est âgée de 27 ans ; elle aussi aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans, qu'elle attribue à la présence de vers intestinaux. Actuellement sa santé est bonne.

Les grands-parents sont encore vivants et bien portants. Il n'y a pas de maladies nerveuses dans sa famille. Le goitre est inconnu dans le pays d'origine.

Ce garçon est le premier et unique enfant, né, dans la Charente, à terme, après un accouchement artificiel assez laborieux. Elevé au sein jusqu'à 17 mois, il a toujours été de santé délicate : il a eu plusieurs attaques de cholérine, la rougeole à 2 ans, plusieurs bronchites, et enfin la coqueluche qui débuta il y a environ un an 1/2, au mois de décembre 1899. Cette coqueluche s'est compliquée d'une broncho-pneumonie double qui mit l'enfant dans un état grave.

Depuis ce temps, il s'est affaibli, il a maigri beaucoup, bien qu'il continue à manger avec appétit, et il a encore des quintes de toux qui

persistent la nuit. C'est également depuis sa coqueluche que ses yeux ont grossi; c'est en particulier, depuis 5 ou 6 mois, que la mère s'est aperçue que les globes oculaires devenaient plus saillants.

L'exophtalmie bilatérale est très accentuée. Les yeux ont l'éclat brillant particulier aux basedowiens; le regard est inquiet, agité et hagard. Les globes oculaires font, hors de l'orbite, une saillie considérable; les pupilles sont dilatées, mais égales. On ne note ni défaut de synergie entre les mouvements du globe oculaire et de la paupière supérieure (signe de DE GRAEFE), ni paralysie de la convergence (signe de MÖBIUS). En revanche, la fente palpébrale reste ouverte d'une manière exagérée; l'occlusion volontaire et passagère des paupières se fait normalement, mais l'occlusion permanente ne se produit pas dans le sommeil et les paupières laissent à découvert une partie du globe oculaire (logophtalmie, signe de STELLWAG). Nous avons vu que cette considérable exophtalmie remontait à six mois environ et consécutivement à la coqueluche.

Le cou est gros et le corps thyroïde est visiblement augmenté de volume. Mais la mère ne s'en était pas aperçue et ne peut pas dire depuis quand le goitre s'est établi. Les lobes du corps thyroïde débordent de chaque côté des muscles sterno-mastoïdiens; la partie supérieure du goitre s'élève au-dessus du cartilage thyroïde; l'hypertrophie est surtout appréciable du côté droit, et lorsque la tête est renversée en arrière. A la palpation la main perçoit sur les parties latérales du cou des battements, avec frémissements vasculaires et *thrill* très marqué. L'auscultation fait entendre, avec le stéthoscope, un murmure continu avec redoublement systolique au niveau des vaisseaux du cou.

La tachycardie est tout aussi nette que le goitre et l'exophtalmie: le pouls bien frappé, bondissant et sec, varie de 152 à 168 à la minute; dans les périodes de repos et pendant le sommeil, nous ne l'avons jamais trouvé inférieur à 140. La palpation de la région précordiale fait reconnaître un état permanent d'éréthisme cardiaque : la pointe bat dans le 4e espace intercostal, à un travers de doigt au-dessous du mamelon. La limite de la matité cardiaque dépasse légèrement le bord droit du sternum, semblant indiquer une notable augmentation de volume du cœur. A l'auscultation on entend un souffle, probablement d'origine extracardiaque, sus-apexien, mésosystolique et à timbre presque musical.

Quant au tremblement vibratoire de Charcot-Marie, s'il a jamais existé, il est actuellement très peu marqué et, en tout cas, difficile à rechercher chez un enfant aussi jeune.

On ne trouve rien d'anormal à l'examen des organes respiratoires, qui explique les quintes de toux probablement d'origine laryngée.

L'enfant, malgré l'amaigrissement considérable de ces derniers mois, continue à manger avec appétit, à bien digérer. Il est toujours très altéré ; la langue reste humide. Le ventre est souple, mais la rate est considérablement augmentée de volume : son bord inférieur, sensible à la palpation, descend presque jusqu'à la crête iliaque, et son bord latéral s'avance environ jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Le foie est également hypertrophié. Quelques ganglions de l'aine sont chroniquement engorgés. Dans ces derniers mois, l'enfant a eu des crises diarrhéiques séparées par des intervalles de constipation.

Les urines sont claires, limpides et ne contiennent ni albumine, ni sucre.

L'enfant est dans un état d'anémie très apparent. La peau du visage a un aspect chlorotique légèrement subictérique ; les muqueuses gingivale et conjonctivale sont décolorées ; les téguments de l'oreille sont un peu transparents. Les troubles vaso-moteurs sont très accentués : pour une simple émotion (la prise de la température rectale, d'ailleurs normale : 37°4), tout le tégument externe prit une rougeur subite, scalatiniforme. Depuis quelques jours, quelques taches discrètes de purpura se sont montrées sur les membres inférieurs et supérieurs. Même l'hiver, l'enfant se découvre, rejette ses couvertures la nuit, se plaint dans la journée d'avoir trop chaud (thermophobie). A l'état permanent, les mains et le tégument externe en général sont moites.

Notre petit malade a un état mental assez particulier : c'est un enfant unique, enfant gâté par sa mère qui ne le quitte pas, ne le laisse jamais jouer avec d'autres enfants. Son développement intellectuel est assez modéré ; il est agité, craintif, volontaire, facilement impressionnable. A 18 mois, il a eu une convulsion, à la suite de laquelle il resta sans connaissance pendant 5 heures. Il a encore à de certains jours des sortes de périodes d'agitation, pendant lesquelles, d'après la mère, les « vers lui montent à la gorge ». Il a souvent des cauchemars la nuit. Nous n'avons pas trouvé chez lui de troubles de la sensibilité objective, ni d'autres stigmates hystériques.

Nous serons sobres de réflexions sur ce cas tout à fait insolite ; le diagnostic de goitre exophtalmique s'impose sans discussion. C'est l'enfant le plus jeune de beaucoup qui ait été vu en France atteint de cette maladie, et c'est un petit garçon. Les faits antérieurement publiés par Bouchut, par M. Zuber, concernent des filles de 13 ou 14 ans approchant de la puberté.

Steiner, cité par M. Zuber dans son intéressant travail, signale quelques observations semblables, une notamment chez un enfant de deux ans et demi.

En présence de l'anémie extrême qui accompagne ce goitre exophtalmique, de l'énorme tuméfaction coexistante de la rate,

il est difficile de ne pas établir un lien entre la dyscrasie sanguine et les troubles névropathiques si caractérisés. On ne peut songer à faire intervenir dans la pathogénie le surmenage psychique et nerveux chez un petit garçon de cet âge, et l'on est tenté de revenir aux anciennes idées de Bouillaud qui considérait le goitre exophtalmique comme une perturbation nerveuse surgissant au cours des anémies graves et prolongées. La coqueluche avec complication de broncho-pneumonie a précédé le développement de l'anémie et de la triade symptomatique de Basedow (1).

L'ICTÈRE CHEZ LES ENFANTS

Par Georges F. STILL

Médecin à l'hôpital des Enfants malades de Great Ormond Street.

Je me propose d'étudier la signification de l'ictère infantile, surtout au point de vue du pronostic. Il est de toute importance de reconnaître les différents cas dans lesquels peut se développer l'ictère : c'est parfois un symptôme transitoire, sans importance; dans d'autres cas, c'est un phénomène de la plus haute gravité.

L'ictère infantile le plus fréquent est celui décrit sous les noms d'*ictère des nouveau-nés*. Sa fréquence varie dans la proportion de 30 à 80 0/0 : il apparaît en général au cours de la première semaine le 3e ou le 4e jour, d'abord sur le tronc et la figure, puis sur les membres et les conjonctives : dans les cas légers, les urines et les fèces restent normales. La santé de l'enfant n'en est nullement altérée : au bout de 4 ou 5 jours, ou au plus après une ou deux semaines l'ictère disparait : les auteurs indiquent deux semaines comme le maximum de durée de l'ictère des nouveau-nés.

Dans certains cas, l'ictère peut durer plus longtemps : deux mois, et quelquefois même davantage, puis il passe, laissant l'enfant dans un état de santé qui ne semble pas altéré.

Vous avez pu voir à la consultation externe un enfant atteint d'ictère qui m'était amené au 29e jour de son existence : il avait débuté le 4e jour après sa naissance, et sauf quelques rares vomissements et quelques pleurs après ses repas, l'enfant était en bonne santé. L'urine était foncée ; mais les selles étaient vertes, et même une fois où j'ai eu l'occasion de les voir, elles étaient d'une belle couleur jaune. Rien, ni chez les enfants ni chez les parents, ne faisait songer à la syphilis ; l'enfant avait bonne apparence ; le foie était peut-être un peu hypertrophié, mais il n'était pas dur ; la rate n'était pas perceptible. L'ictère

(1) Société de Pédiatrie de Paris. Séance du 11 juin 1901.

n'était pas très accentué, sauf sur la peau et les conjonctives. Il persista neuf semaines et demie, et disparut graduellement, ne laissant à sa suite d'autre trouble de la santé qu'une légère flatulence.

Un autre enfant, apporté à la consultation externe, âgé de 19 mois, était atteint d'une anémie dite splénique. La mère me racontait que l'enfant avait de l'ictère depuis la huitième semaine après sa naissance (le fait ne peut être considéré comme certain, la mémoire de la mère pouvant être en défaut).

L'explication de ces cas d'ictère prolongé des nouveau-nés est loin d'être facile, mais, au point de vue clinique, on peut les ranger dans la catégorie des cas plus fréquents qui durent quinze jours, en faisant observer que la cause des cas les plus fréquents n'est même pas élucidée. L'importance qu'il y a à reconnaître ces cas de longue durée existe surtout au point de vue du pronostic : car lorsqu'un enfant présente de l'ictère quelques jours après sa naissance, et que celui-ci persiste plus de trois semaines, on suppose qu'il est atteint de syphilis hépatique, ou d'une oblitération congénitale des conduits biliaires, et, dans les deux cas, le pronostic est grave : il faut connaître ces cas rares avec ictère persistant, qui ne disparaît qu'au bout de deux mois, ou quelquefois même plus tard sans que la santé en soit altérée, et il faut avoir soin d'examiner de tels malades avec la plus grande attention avant de formuler le pronostic.

Dans le premier cas que j'ai rapporté, il y avait différents points dont il fallait tenir compte : l'ictère n'avait pas cette teinte foncée qui est un symptôme de l'oblitération congénitale des conduits biliaires ; de plus il n'y existait pas d'hypertrophie du foie ou de la rate, ni cette dureté du foie qui caractérisent les oblitérations congénitales ; le volume apparemment normal du foie et de la rate parlaient contre l'idée de syphilis, et l'existence de la bile dans les selles indiquait l'absence d'oblitération des canaux biliaires. Dans ce cas, je ne me sentais pas sûr du pronostic, mais la suite a montré qu'il était tout à fait favorable, jusqu'ici tout au moins.

C'est intentionnellement que je dis jusqu'ici, car j'estime qu'il faut une observation plus prolongée pour formuler un pronostic dans de pareils cas. D'après mon expérience, je fais toujours des réserves dans les cas analogues. Il est possible que cette durée inusitée de l'ictère, quoiqu'il disparaisse sans laisser plus de trace que celui qui est passager, n'ait aucune mauvaise signification. Dans le second cas, l'enfant me fut apporté plusieurs mois après que cet ictère, dû à l'anémie dite splénique, avait disparu, et je suppose que cette anémie splénique est parfois associée avec des lésions hépatiques, et parfois aussi en rapport avec la syphilis congénitale.

A ce propos, laissez-moi vous signaler un 3[e] cas dans lequel existait un ictère de longue durée. C'était un enfant qui avait un

ictère durant encore six semaines après sa naissance : la jaunisse disparut, laissant l'enfant en bonne santé apparente. A l'âge de 2 ans et 3 mois, la jaunisse se montra à nouveau, et dura plusieurs semaines, et l'enfant mourut. L'examen microscopique du tissu hépatique montra une cirrhose intercellulaire très avancée, qui fit songer à une syphilis congénitale, bien qu'il n'en existât aucune autre manifestation.

Je n'aborderai pas ici la question si controversée de l'étiologie de l'ictère des nouveau-nés : à mon avis, dans la plupart des cas, sinon dans tous, l'ictère n'est pas seulement hépatogène, mais il est aussi le résultat d'obstruction. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire que l'obstruction existe dans les gros canaux biliaires : mais si l'on se rappelle que la bile est sécrétée à une très basse pression, on comprendra facilement que s'il y a une très légère augmentation de la viscosité de la bile, surtout dans les petits canaux, cela détermine une obstruction suffisante pour produire la jaunisse.

Si la bile sécrétée pendant les derniers mois de la vie intra-utérine est particulièrement visqueuse, on comprend parfaitement qu'avec l'accroissement subit de la sécrétion biliaire qui se fait au moment où l'enfant qui vient de naître prend de la nourriture, ou même probablement avant qu'il ait commencé à s'alimenter, la difficulté de l'excrétion, à cause de la viscosité de ce liquide dans les canaux, peut causer une réabsorption de la bile nouvellement sécrétée. Il y a des preuves que la bile est particulièrement visqueuse soit dans la vie intra-utérine, soit dans la toute première enfance. Je l'ai constaté moi-même dans nombre d'autopsies, et j'ai déjà insisté sur la tendance qui existait dans la vie intra-utérine, à la formation de concrétions biliaires : ce qui agit dans le même sens. Dans quelques cas d'ictère des nouveau-nés, l'autopsie a permis de constater l'extrême viscosité de la bile. Chez un enfant qui mourut à l'âge de 14 jours, avec de la jaunisse, j'ai trouvé cette viscosité très marquée, et dans un autre cas d'enfant mort à 4 semaines, alors que l'ictère avait disparu, j'ai noté que le contenu de la vésicule biliaire était extrêmement visqueux. Chez un enfant mort à 4 semaines de pyémie avec ictère, la bile était si épaisse qu'il fallait déployer une force considérable pour la faire cheminer dans le canal hépatique.

J'ai fait allusion plus haut aux concrétions biliaires et aux calculs. Ceux-ci sont extrêmement rares, chez les enfants ; on a même nié leur existence : mais on en a observé des cas, et, fait curieux, ils semblent être plus fréquents dans le tout jeune âge qu'aux autres périodes de l'enfance. Sur 23 cas que j'ai rassemblés, dont trois observés par moi, 15 étaient de petits enfants, et 14 appartenaient à des bébés au-dessous de 10 mois. Chez plusieurs d'entre eux, l'ictère était très prononcé à la naissance ou peu après, et on trouva de la gravelle biliaire dans les canaux. Dans un des cas que

j'ai observés, je constatai des calculs très ténus dans le canal commun, et c'était un enfant âgé de neuf mois qui n'avait pas eu d'ictère. Ce fait indique la tendance que la bile possède à cet âge de rester stagnante, et peut expliquer les cas que l'on observe d'ictère prolongé d'une façon inaccoutumée.

La syphilis congénitale peut jouer un rôle dans quelques-uns des cas d'ictère des enfants qui guérissent, mais une amélioration temporaire, même avec une rémission complète des symptômes, est un phénomène probablement tout à fait rare chez les nouveau-nés syphilitiques présentant de l'ictère. En général, les enfants syphilitiques succombent rapidement : la jaunisse qui existe à la naissance persiste et peut être très intense. Il se fait des hémorragies soit dans la peau, soit dans les muqueuses, et les enfants succombent rapidement.

Je crois que l'existence d'un ictère accentué à la naissance permet de distinguer ces cas du simple ictère des nouveau-nés ; mais il ne faut pas en exagérer l'importance, car j'ai vu des cas d'ictère, certainement dus à la syphilis et terminés par la mort, qui n'avaient commencé que vers l'âge de huit semaines.

La syphilis hépatique n'est pas la seule cause de l'ictère terminé par la mort dans la syphilis congénitale. Quelques-uns des cas d'ictère infectieux chez les enfants sont dus indirectement à la syphilis. L'épiphysite aiguë, qui est une des manifestations très précoces de la syphilis congénitale, peut devenir suppurée grâce à une infection secondaire, par des microbes pyogènes. une pyémie peut devenir l'origine d'un ictère infectieux : c'est ce que j'ai pu constater à l'autopsie de deux enfants probablement syphilitiques. Cet ictère infectieux, qu'il soit secondaire à la syphilis ou qu'il soit dû à une infection ombilicale, se termine toujours par la mort.

Il existe un autre groupe de cas d'ictère infantile dont le pronostic est toujours mauvais : je veux parler de ceux dus à une oblitération congénitale des conduits biliaires ; le diagnostic n'est pas facile à faire avec les cas dus à la syphilis, car, dans les deux affections, l'ictère peut exister à la naissance. Il devient très accentué, et s'accompagne d'hémorragies ; le foie et la rate sont durs et hypertrophiés : l'enfant dépérit et meurt.

On s'attendrait à ce que dans cette malformation des conduits biliaires l'ictère existât à la naissance, mais sur 50 cas rassemblés par le Dr John Thomson, on examina à ce point de vue 40 cas, et il n'y en eut que 9 qui présentèrent de l'ictère à la naissance. J'ai fait l'autopsie de trois cas que j'ai eu à observer : aucun d'eux n'avait eu de l'ictère à la naissance. Dans l'un l'ictère n'avait apparu que trois semaines après la naissance, et cependant on ne trouva à l'atopsie ni conduits ni vésicule biliaire, qui n'étaient remplacés que par du tissu fibreux. Dans les cas que j'ai observés, le foie avait semblé plus dur à l'examen que dans les cas de syphilis, et

l'autopsie montra une cirrhose beaucoup plus accentuée que dans les cas de syphilis congénitale. Il est vrai que cela peut être dû à la plus longue durée : car, si les cas de syphilis congénitale meurent en quelques semaines, la vie est de 4 ou 5 mois pour les cas d'oblitération congénitale des conduits biliaires. Dans les faits que j'ai signalés plus haut, l'un vécut jusqu'à 8 mois et l'autre jusqu'à neuf mois et demi.

Je dois signaler un fait important : c'est l'apparition d'un ictère très marqué chez plusieurs enfants de la même famille : on l'a observé dans les cas d'oblitération congénitale des canaux biliaires. Le Dr J. THOMSON, dans son important mémoire, signale deux cas dans lesquels il rencontra cette malformation chez plusieurs enfants d'une même famille ; mais ce n'est pas seulement dans ce cas que plusieurs enfants d'une même famille peuvent présenter de l'ictère. Dans une autopsie que je fis d'un enfant mort à 14 jours avec de l'ictère, il n'y avait rien d'anormal soit dans le foie, soit dans les conduits biliaires : il n'y avait pas non plus d'apparence de cirrhose (malheureusement l'examen microscopique n'a pas été fait). Quatre autres enfants de la même famille auraient eu aussi de l'ictère qui dura 4 à 6 semaines après la naissance, mais aucun d'eux ne mourut. Rien chez les parents ne pouvait faire soupçonner la syphilis ; cependant quelques-uns de ces cas sont certainement syphilitiques. HÉNOCH rapporte le cas d'un ictère terminé par la mort chez un enfant dont la mère avait la syphilis ; trois autres enfants de la même famille avaient eu de l'ictère à la naissance, et étaient morts bientôt après. Le Dr THOMSON rapporte aussi des cas dans lesquels plusieurs enfants d'une famille moururent avec de l'ictère. Le cas peut-être le plus important a été signalé par UNDERWOOD : les neuf premiers enfants d'une famille moururent avec de l'ictère avant d'atteindre l'âge d'un mois ; le 10e succomba à l'âge de 6 ans, présentant aussi de l'ictère.

Chez les enfants plus âgés, l'ictère est surtout d'origine catarrhale. D'après mon expérience, cet ictère catarrhal semble être surtout commun entre deux et six ans. En général, quelques jours avant que l'ictère paraisse, l'enfant s'est senti abattu et languissant. Souvent l'enfant est agité, irritable, et il a des troubles du côté des intestins : soit de la diarrhée, soit de la constipation, ou encore des selles irrégulières ; des vomissements précèdent ou accompagnent l'ictère ; l'urine prend une teinte foncée ; les selles se décolorent souvent, les enfants accusent une vive douleur à l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Chez un enfant que j'ai vu il y a quelques jours à la consultation externe, avec un léger ictère, la douleur abdominale était si vive que je me suis demandé s'il s'agissait réellement d'une jaunisse catarrhale seulement ; l'évolution de la maladie a montré qu'il en était bien ainsi. Le foie semblait aussi très sensible chez cet enfant, et, comme dans

la plupart des cas d'ictère catarrhal, il dépassait le rebord costal. Souvent il est facile de constater la diminution graduelle du foie à mesure que disparaît l'ictère. Dans ce cas, la température s'était élevée à 39°, et il n'est pas rare de constater ce mouvement fébrile au début de la maladie.

Dans les livres, on signale le ralentissement du pouls et le prurit cutané comme symptômes de l'ictère catarrhal : ce sont deux symptômes qui ne sont pas fréquents chez les enfants : je ne me souvient pas d'avoir observé le prurit, et le ralentissement du pouls le plus marqué que j'ai constaté était dans ce cas d'un enfant de 11 ans et demi chez qui le pouls battait 56 fois par minute.

En général, l'ictère disparaît en 10 ou 15 jours, mais j'ai vu des cas dans lesquels il durait beaucoup plus longtemps : une fois, c'était 7 semaines ; dans un autre cas, c'était 12 semaines ; aussi faut-il être très réservé dans le pronostic.

A ce propos, il est nécessaire d'attirer l'attention sur la récidive de la jaunisse à de courts intervalles chez les enfants. A la consultation externe, on m'amène un enfant de 8 ans et demi qui, deux ans auparavant, avait eu de l'ictère pour la première fois, et depuis il avait eu sept ou huit attaques d'ictère. Quelque temps avant l'accès, il devenait très abattu, de sorte que la mère savait prévoir d'avance l'arrivée de l'ictère ; l'accès s'accompagne de vomissements et de douleurs dans l'abdomen. Dans un autre cas, un accès d'ictère, d'apparence catarrhal, dura 15 jours : puis l'enfant se rétablit pendant six semaines ; il eut une nouvelle attaque de jaunisse qui dura une quinzaine de jours.

Il est possible que ces accès soient dus à des calculs biliaires, mais, comme je l'ai déjà indiqué, la lithiase biliaire est extrêmement rare dans l'enfance. J'ai rapporté ailleurs le cas d'un petit garçon âgé de 10 ans, qui, au moment où il souffrait d'une douleur abdominale avec ictère et vomissement, présenta une tumeur fluctuante au niveau de la vésicule. Il était alors soigné par le Dr Barlow. La tumeur disparut subitement, et l'ictère s'effaça en même temps. Je vis l'enfant six ans plus tard, alors qu'il avait dix ans : la mère racontait que depuis sa première maladie, il avait à plusieurs reprises souffert d'attaques de douleurs abdominales, pendant lesquelles il devenait jaune. Peut-être ces attaques étaient-elles en rapport avec des calculs biliaires, mais je suis plutôt porté à croire qu'il s'agissait d'ictère à répétition.

A côté des causes d'ictère qui sont l'apanage des jeunes enfants, il y en a une autre, qui existe d'une manière tout à fait inattendue chez les enfants, c'est la cirrhose. Je ne veux pas parler de la sclérose intercellulaire de la syphilis, mais de cette forme de cirrhose, qui, chez l'adulte, est attribuée à l'action de l'alcool. L'espace me manque pour entrer dans les détails de l'histoire de la cirrhose chez les enfants ; il s'agit de foie à surface irrégulière, avec des saillies en forme de clous, et à la coupe, on voit sur la surface

de section des zones jaunes rougeâtres, entourées d'un tissu fibreux grisâtre. A première vue, la portion grisâtre fibreuse semble plutôt former le foie que les zones jaunâtres : celles-ci semblent être un tissu de nouvelle formation développé dans ce foie, et l'examen microscopique démontre que ce ne sont que le reste des lobules hépatiques. Dans ces cas, l'ictère est en général peu accentué : parfois même, il peut manquer complètement. Ces cas sont surtout caractérisés par une énorme hypertrophie de la rate, et les enfants ont une tendance très marquée aux épistaxis ou aux autres hémorragies, ce qui fait soupçonner la cirrhose. Si ce foie est perceptible, ce qui est l'exception, on le sent dur et irrégulier, et dès lors le diagnostic de cirrhose s'impose.

Les enfants que j'ai eu à soigner pour la cirrhose avaient entre 4 et 13 ans, et, dans la plupart des cas, ils succombaient en deux ou trois ans aux progrès de la maladie. Dans ces cas, on ne peut pas toujours incriminer l'alcoolisme : certainement quelques-uns d'entre eux sont dus à ce qu'on leur a donné de la bière ou de l'alcool, mais, en général, on ne relève pas de trace d'alcoolisme ; néanmoins on ne peut faire d'autre diagnostic que celui de cirrhose.

Dans mes notes, je trouve plusieurs cas d'ictère observés chez les enfants comme complication de diverses affections : cardiopathies, pneumonie, tuberculose. Il est important de déterminer si l'ictère a une influence sur le pronostic de ces affections. Une des associations les plus fréquentes est avec les maladies du cœur : l'ictère survient dans les périodes avancées, et c'est alors le commencement de la fin.

J'ai en ce moment dans mon service une fillette de 13 ans qui, il y a 3 ans et demi, était à l'hôpital avec une maladie mitrale grave, un cœur hypertrophié, et probablement une adhérence du péricarde. Elle avait un œdème très prononcé, et, quand apparut l'ictère, on était en droit de penser que la terminaison fatale était proche : et actuellement, trois ans plus tard, elle va beaucoup mieux, n'a plus d'œdème et peut marcher facilement. J'ai vu d'autres cas analogues dans lesquels, malgré un ictère passager, l'état du cœur s'améliorait, et les enfants étaient soulagés, tout au moins temporairement.

Dans la pneumonie et dans la tuberculose, l'ictère a une signification grave. Le temps me manque pour énumérer toutes les affections qui peuvent s'accompager d'ictère chez les enfants : ainsi je ne peux que mentionner l'atrophie jaune aiguë du foie qui, quoique rare, présente les mêmes symptômes chez l'enfant que chez l'adulte.

J'ai essayé de vous présenter tous ces faits que j'ai pu observer, et j'espère qu'ils serviront à vous convaincre des difficultés que

vous rencontrerez pour déterminer la cause et le pronostic de l'ictère chez les enfants (1).

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

LA MEDICATION MARINE CHEZ LES ENFANTS

Par E. PERIER.

A ne considérer que la balnéation proprement dite, la médication marine pourrait rentrer dans la médication hydrominérale. L'eau de mer n'est-elle pas, en effet, une eau minérale, une eau chlorurée sodique, ressemblant, au degré près, aux eaux de Salies, Salins, Kreuznach, etc. ?

En n'envisageant que l'action de l'eau froide, on pourrait de même la considérer comme une forme de l'hydrothérapie.

Enfin, à ne considérer que l'air marin, qui est souvent le seul modificateur dont on recherche l'effet en conseillant la médication marine, les stations de bains de mer rentreraient dans les stations climatothérapiques.

FACTEURS DE LA MEDICATION MARINE

C'est dire qu'il y a dans la médication marine trois facteurs distincts : *l'eau de mer, le bain froid, l'air marin.*

ATMOSPHÈRE MARINE

L'*atmosphère marine* a déjà une influence fortifiante, reconstituante, au double point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, devenant excitante et souvent insupportable pour certains enfants. Dans le cas où elle est bien tolérée, elle a une influence salutaire pour activer les fonctions respiratoires, pour relever l'appétit, et stimuler la nutrition : aussi est-il de toute première importance que le petit sujet envoyé au bord de la mer passe la plus grande partie de son temps en plein air sur la plage.

Le climat maritime, dont l'air des côtes a les mêmes qualités, ou à peu près, a comme caractères une forte pression barométrique, une température plus basse que dans les terres, un air plus agité, plus pur au point de vue des micro-organismes, mais, à part, plus d'humidité, et plus ou moins de sel, de brome et d'iode, ayant la même composition que l'air de partout. Toutefois, il est plus vif, il enlève au corps beaucoup de chaleur, et, forçant ainsi la dépense organique, il active les fonctions de la nutrition. On comprend dès lors qu'il importe, avant tout, que l'économie puisse y résister.

(1) *The Clinical Journal*, 13 mars 1901.

En raison de sa plus grande densité, la pression atmosphérique atteignant son maximum au bord de la mer, l'air marin apporte au poumon plus d'oxygène.

On sait que déjà le froid accélère les fonctions de la nutrition. La réfrigération qui résulte des grands et rapides mouvements de l'atmosphère sur les plages maritimes ne serait pas, d'après BOUCHARD, l'une des moins importantes parmi les conditions multiples qui font que l'air marin stimule les mutations nutritives.

En France, la *température côtière* diffère suivant qu'on la considère à l'une des trois divisions de nos côtes.

De Dunkerque à l'embouchure de la Loire, la température annuelle est de 10°,9, celle de l'été de 17°,6, en hiver de 3°,95 ; les étés n'y sont pas trop chauds.

De la Loire à la frontière d'Espagne, la côte a une température moyenne p'us douce, 12°,7 ; en été 20°,6 ; en hiver 5°. La division de sud, qui va de l'Italie à l'Espagne, offre une température moyenne de 13°,8 ; celle de l'été est de 22°,6, et celle de l'hiver de 7°,5.

EAU DE MER

L'eau de la mer agit par les principes qu'elle contient, et c'est, en somme, une eau chlorurée sodique forte.

Sa composition varie, il est vrai, suivant une foule de conditions dont les deux plus importantes sont la distance des pôles ou de l'équateur, et le voisinage des cours d'eau. Le chlorure de sodium entre pour les 3/4 dans son taux de minéralisation.

Voici les différences entre l'eau de l'Océan et celle de la Méditerranée :

Composition.	Océan Atlantique	Mer Méditerranée.
Chlorure de sodium. . .	25,10	27,22
— de potassium. .	0,50	0,70
— de magnésium. .	3,50	6,14
Surfate de magnésie. . .	5,78	7,02
— de chaux. . . .	0,13	0,15
Carbonate de magnésie. .	0,18	0,19
— de chaux . . .	0,02	0,01
— de potasse. . .	0,23	0,21
Iodures, bromures. . . .	traces	traces
Matière organique. . . .	traces	traces
Résidu fixe par litre. . .	35,44	41,64

Les mers rapprochées des pôles, ou les petites mers intérieures qui reçoivent de grands fleuves, sont les moins minéralisées. Ainsi la *mer Noire* contient 18 grammes, la *Baltique* 5 à 18 grammes, la *mer Caspienne* 6 grammes seulement de sel par litre. Au contraire, à mesure qu'on se rapproche de l'équateur, la proportion de sel augmente, et la *mer Rouge* contient 42 p. 1000 de principes fixes.

En outre, l'eau de la mer contient une matière organique onc-

tueuse au toucher, la *mucosine*, qui se putréfie aisément, d'où l'impossibilité de transporter et de conserver l'eau de mer comme on conserve les eaux chlorurées sodiques.

La *densité* de l'eau varie avec la concentration de l'eau augmentant du pôle à l'équateur. Elle est de :

1,025 dans la Manche ;
1,028 dans l'Océan Atlantique ;
1,032 dans la Méditerranée.

Plus la densité de l'eau est élevée, moins le corps se refroidit à son contact dans un bain court. De sorte qu'à égalité de température le corps se refroidit plus dans un bain de rivière que dans un bain de mer, et que la réaction, qui est surtout ce que l'on recherche, est plus forte avec l'eau de mer.

La *température* de l'eau de la mer, pendant les trois mois d'été, oscille :

Sur les côtes de la Manche, entre . . . . . 15° et 20°
Sur les côtes de l'Océan, entre. . . . . . 18° et 25°
Sur les côtes de la Méditerranée, entre . . 18° et 28°

Elle est partout inférieure, en été, à celle de l'air ambiant; en hiver au contraire, elle est supérieure, et au total la température annuelle moyenne est supérieure à celle de l'air. Cela tient à ce fait bien connu que plus un liquide est dense, plus il lui faut de calories pour l'élever de 4° à 10°, mais que aussi il conserve plus longtemps la chaleur acquise. Il en résulte que la température de la mer varie moins que celle de l'air.

Action physiologique du bain de mer. — Le bain de mer vient donc en aide à l'air marin, et son action est renforcée par celle du chlorure de sodium, car l'acide carbonique augmente pendant le bain dans les eaux salées. Ce qui démontrerait encore cette action oxydante active de la balnéation maritime, c'est le fait qu'on a été obligé d'augmenter la quantité des aliments à l'hospice maritime de Margate, où l'on envoie les enfants scrofuleux des hôpitaux de Londres. Pris dans sa plus légitime acception, il est un bain froid qui agit comme tel, c'est-à-dire provoque à peu près les mêmes phénomènes que le bain de rivière.

Le bain pris à la mer directement, bain à la lame, est le plus usité ; ce sont seulement les enfants faibles ou trop jeunes qui nécessitent le bain chaud.

Les effets éprouvés par les enfants qui prennent un bain de mer varient un peu suivant qu'ils sont forts ou faibles et suivant qu'ils sont accoutumés ou non aux pratiques de l'hydrothérapie froide. L'enfant fort et vigoureux qui est fait aux ablutions dont je suis grand partisan pour eux, ne donnera pas lieu à la mise en scène des petits lymphatiques, frileux, véritables *fagots froids*, comme les appelait Mme de Sévigné. En vérité, le garçon fort, robuste, en puissance de santé, ne nous demandera pas une prescription pour aller à la mer, ni n'aura besoin de nos conseils pour

l'initier au bain à la lame : aussi bien est-ce plutôt pour les autres que j'écris. Si donc l'enfant gros et fort, accoutumé au froid et ne craignant rien, n'éprouve rien de remarquable en entrant dans l'eau où il se précipite et où il s'exerce à nager, l'autre, l'enfant malade, qu'il soit anémique, débile, scrofuleux ou simplement lymphatique, éprouvera au plus haut degré ce saisissement, ce frisson de l'immersion bientôt suivi d'un frisson secondaire plus ou moins retardé suivant la durée de la réaction.

Le saisissement de l'immersion est caractérisé par une gêne de la respiration avec oppression épigastrique, constriction cérébrale, ralentissement de la circulation, engourdissement des forces, pâleur et chair de poule, c'est-à-dire tout ce qui indique un refoulement du sang vers l'intérieur. Après ce frissonnement ou ce frisson de l'immersion d'autant moins marqué que l'immersion a été plus franche, il se produit un retour plus ou moins rapide, suivant les sujets, à l'état normal, avec sensation de chaleur à la peau et de bien-être général : c'est la réaction qui, si elle ne se produit pas chez l'enfant, est alors remplacée par un second frisson accompagné d'oppression et de malaise plus grand que les premiers. Ces accidents, dus au froid de l'eau, qu'elle soit de mer ou de rivière, sont toujours à surveiller chez l'enfant, surtout s'il est soumis pour la première fois aux bains de mer.

C'est le froid qui, par la soustraction brusque d'une certaine quantité de calorique, produit ces phénomènes de frisson, d'oppression, de constriction cérébrale, quelquefois de congestion sanguine à la face qui les fait rougir après que la pâleur de l'immersion est passée.

Mais la densité de l'eau de mer, plus considérable que celle de l'eau douce, et le mouvement de la lame sont des correctifs du froid de l'eau qui font que, à température égale, le bain de mer sera mieux supporté que le bain de rivière. Il produit, en effet, sur l'organisme, par le flux et le reflux de la lame, une sorte de massage éminemment favorable, et qui est spécial au bain de mer. Le *mouvement* dont la mer est incessamment animée, à des degrés divers, est un de ses caractères les plus essentiels ; c'est en quelque sorte sa vie, comme la thermalité est la vie des eaux minérales. Il est nécessaire, pour que le bain de mer donne tout ce qu'il peut donner, que l'eau soit un peu agitée, et quand ils peuvent la supporter, il ne faut pas craindre d'exposer avec précaution les enfants à la vague.

Dans l'Océan, et surtout dans la Méditerranée, on ne doit pas s'attendre à voir se produire les effets que l'on observe dans la Manche, mais, au contraire, la température de 5 ou 10° plus élevée fait du bain de mer un bain salé tiède.

Le bain de mer donne un coup de fouet à tout l'organisme et produit au maximun les effets de l'immersion dans l'eau froide. C'est d'abord une contraction spasmodique des artérioles et des

capillaires sanguins, d'où résulte une anémie et une pâleur de la peau allant jusqu'aux marbrures violacées qui accusent une gêne de la circulation périphérique. Il y a avec cela une constriction des tissus et un abaissement de la température périphérique, tandis que le sang est refoulé vers les organes profonds. A cette action constrictive succède, aussitôt que la réaction se produit, une action vaso-dilatatrice caractérisée par le retour du sang à la peau dans une sorte d'expansion qui la colore beaucoup plus qu'avant. Alors aussi se produit cette sensation de chaleur et de bien-être qui caractérisent la réaction.

La circulation capillaire languissante se réveille sous l'influence de l'action réflexe produite par le froid de l'eau. La circulation générale, d'abord excitée pendant l'immersion, se ralentit d'autant plus que l'eau est plus froide, et le nombre des battements du pouls diminue. On sait que les bains froids en général possèdent la propriété d'augmenter considérablement l'absorption de l'oxygène et d'accélérer, à peu près dans les mêmes proportions, l'exhalation de l'acide carbonique. Les bains froids amènent une augmentation de l'urée, de l'acide urique et des chlorures. Ils augmentent donc les processus d'oxydations et les combustions interstitielles.

L'hématose devient plus complète; le bain froid augmente non seulement le nombre des globules rouges, mais encore leur couleur, leur valeur physiologique et leur hémoglobine. Les bains froids augmentent l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine.

On comprend quelle influence salutaire les bains de mer auront sur les enfants auxquels ils conviennent, quand on voit combien ces trois facteurs, l'air marin, l'eau salée, le froid, se concertent dans une heureuse harmonie pour activer la nutrition et relever ainsi l'économie tout entière.

Mais le bain de mer s'accompagne d'une perte de calorique. La balnéation marine froide, en admettant que l'eau de mer, à température égale, produise un refroidissement moindre que l'eau douce, ne saurait être indistinctement appliquée à tous les enfants de tout âge.

Tous les auteurs interdisent les bains de mer froids dans la première enfance. Après deux ou trois ans, le jeune enfant ne peut être baigné sans une certaine résistance de sa part. La vue de la mer et le froid de l'eau qui le saisit lui inspirent une terreur très compréhensible, tandis que plus tard, au contraire, il s'accoutume au froid et recherche le bain.

Douches générales et affusions. — Si les bains de mer ne sont pas suivis d'une réaction convenable chez des enfants qui pourtant sont atteints d'affections relevant du traitement marin, il faut essayer de la douche modérée, de l'affusion d'eau de mer attiédie, et on arrive ainsi parfois à faire supporter le bain de mer. La douche peut aussi, de même que la piscine, rendre service

quand l'inclémence de la température expose un enfant à interrompre son traitement. Il est connu que la douche d'eau de mer, à température égale à celle d'une douche d'eau douce, produit un saisissement et un mouvement de concentration du sang vers les viscères moins violent et une réaction plus prompte, comme aussi la rougeur de la peau est plus violente avec l'eau de mer. Enfin, la dépression étant moindre avec l'eau de mer, on peut donner des douches du double de durée qu'on ne les donnerait avec l'eau de source. Mais quand il n'y a pas de contre-indication, la meilleure douche en vérité est celle que produit la lame.

Douches locales. — Elles conviennent parfaitement pour certaines tuberculoses locales ganglionnaires, bien limitées et accessibles. Il en est de même des applications de compresses d'eau de mer, des irrigations, lotions, etc. Ce sont des auxiliaires du bain de mer.

Bains de piscine et de baignoire. — A certaines stations de bains de mer on a installé des piscines. Il en existe à Margate, et il y en avait une à Berck, qui ne fonctionne plus. Enfin on a à peu près partout la possibilité d'administrer aux enfants les bains de baignoire.

Fomentations. — Dans certaines manifestations du lymphatisme ou de la scrofulo-tuberculose, on a recours à des applications de compresses d'eau de mer froide ou chaude. L'effet n'est pas douteux, et il suffit de voir les érythèmes que produisent sur la peau de certains enfants ces applications, pour comprendre qu'elles peuvent trouver leur emploi dans des cas déterminés.

Bains de mer chauds. — Quand les bains froids ne sont pas suivis d'une réaction favorable et que les douches ne sont pas supportées, on a la ressource des bains de mer chauds, qui trouvent leur véritable indication chez les sujets jeunes et débiles qu'on ne pourrait soumettre au bain direct de la mer. On les emploie du reste dans les mers du Nord comme préparation aux bains à la lame chez les sujets pusillanimes ou délicats; à cet effet, on donne pendant quelques jours un bain progressivement plus froid.

Enfin ils ont leur raison d'être dans l'hiver ou dans les périodes de mauvais temps de la saison des bains de mer.

L'eau de mer étant une eau chlorurée sodique, il n'y a aucune difficulté à l'administrer en bains chauds, assuré qu'on est de n'en point altérer les vertus par le chauffage artificiel. Le bain de mer chauffé de 35 à 33° ou même de 25°, s'il s'agit d'initier l'enfant à l'eau froide, peut avoir la durée d'un bain de baignoire ordinaire de cinq à quinze minutes suivant l'âge de l'enfant.

Les bains de mer chauds, dit ORÉ, ont l'*action stimulante et énergique des bains de mer froids*, bien que leur mode d'action ne soit pas le même. Avec eux, il n'y a point de période de spasme ; la stimulation générale, la dilatation, l'expansion de la peau et des autres tissus se montrent sur-le-champ ; mais ils diffèrent de ceux

ci en ce que la stimulation se maintient consécutivement, au lieu d'être remplacée par de la faiblesse : ils doivent cet avantage aux sels qu'elles contiennent. On comprend d'après cela qu'ils puissent remplacer jusqu'à un certain point les bains de mer froids chez les sujets qui, par leur âge, leur constitution, les circonstances spéciales dans lesquelles ils se trouvent, la nature de leur maladie, ne sauraient supporter ces derniers.

Les bains de mer chauds en somme rendent les mêmes services que Salies, que Salins, que Kreuznach, que Nauheim, ou autres eaux chlorurées. — Leur principal avantage, c'est qu'ils peuvent être administrés en toute saison. C'est ainsi qu'ils sont précieux pour les enfants irritables et nerveux qu'on essaie d'habituer peu à peu aux bains froids ; mais ceux que leur âge, leur maladie, leur faiblesse originelle empêchent de recourir à cette médication peuvent sans inconvénient recourir au bain de baignoire.

L'expérience a montré que les bains chauds, loin d'amollir et d'affaiblir les enfants, leur communiquent une énergie plus grande. Des enfants, en effet, qui tous les ans payaient régulièrement leur tribut à toutes les indispositions causées par le froid, restaient indemnes, pendant toute la saison rigoureuse, dès qu'ils avaient suivi un traitement par les bains de mer chauds ; et ceux qui n'avaient pu, durant la bonne saison, participer aux bains de mer pris sur la plage, avaient acquis, par les bains chauds, assez de force et de résistance vitale pour pouvoir, l'année suivante, faire une saison complète et sans accidents.

Bains de sable. — On creuse un trou dans le sable que la mer a visité et qui est chaud ; au besoin on le laisse s'échauffer un moment, puis on y place le sujet tout nu et on le recouvre de quelques travers de doigt de sable chaud. Une ombrelle ou une tente abrite la tête, tandis que le corps subit l'action du soleil à travers le sable pendant quelques minutes. Durant cette séance, la figure s'anime, le pouls s'élève et le corps entre en sueur. C'est un excellent remède dans le rhumatisme chronique atonique, les engorgements articulaires localisés, et alors c'est seulement le membre ou l'articulation malades qui sont enfouis dans le sable.

Bains de vase. — Ce procédé qui consiste à frotter le corps des enfants avec de la boue ou de la vase marine est employé en Scandinavie.

Bains de bâches. — Le Dr Houzel a le premier signalé une sorte de balnéation qui lui paraît tenir le milieu entre le bain froid d'une part et le bain chaud d'autre part.

« De loin en loin, surtout après la limite où s'arrête le reflux, dit cet auteur, la plage présente des creux parallèles au rivage dont la profondeur atteint depuis 2 jusqu'à 20 et 30 centimètres et plus. Ces endroits, dont la longueur est variable, forment des espèces de petits lacs que dans le pays on nomme bâches et où la mer laisse toujours un peu d'eau.

« Entre chaque marée, ces bâches restent à découvert quatre ou cinq heures, l'eau y étant peu profonde s'échauffe rapidement aux rayons du soleil et peut atteindre facilement une température de 25 à 27°. On en profite pour y mener jouer les enfants, qui tantôt s'amusent à barboter au bord, tantôt se mettent dans l'eau jusqu'à la ceinture et s'y livrent aux plaisirs de la pêche. Le profit qu'on retire de cette pratique est très grand. Les enfants nouvellement arrivés et qu'on ne laisse pas aller au bain, ceux qui sont trop jeunes ou trop délicats pour supporter la mer, jouent dans ces bâches sans inconvénient, s'acclimatent très vite et ne tardent pas à voir leur constitution heureusement modifiée sous l'influence de cette sorte de bain et de l'air marin. Ceux qui vont au bain complet n'en retirent pas un moindre avantage. Cette eau presque tiède agit sur eux en vertu de ses principes salins. N'y plongeant que les jambes, ils peuvent y rester très longtemps, courir sur le sable pour y rester encore sans craindre de se refroidir ; la vitalité de leur peau se modifie et devient plus active, leurs chairs se raffermissent, etc. »

Usages internes de l'eau de mer. — A haute dose, l'eau de mer agit à l'intérieur comme une eau purgative ; à faible dose, elle agit comme les eaux chlorurées, comme les chlorures, pour favoriser l'action acide du suc gastrique, augmenter l'appétit et solliciter les fonctions digestives, l'élimination de l'urée, exciter puissamment la nutrition. Elle est administrée aux lymphatiques mous à circulation languissante, qui ont de la tendance à l'obésité ; dans la tuberculose des ganglions mésentériques, dans les cas d'adénopathies internes ou externes, etc.

Les enfants ne l'aiment guère, mais la prennent bien à doses fractionnées.

Le Dr Pasquier, de Fécamp, a imaginé de rendre l'eau de mer plus agréable et d'assurer sa conservation en y ajoutant de l'acide carbonique, imitant ainsi les eaux chlorurées gazeuses de Salins-Moutiers ; mais quelque ingénieuse que fût l'idée, elle n'a pas fait son chemin.

Les partisans à outrance de l'eau de mer l'ont mise à toute sauce, c'est le cas de le dire. C'est ainsi qu'on l'a employée aux usages domestiques, à faire du pain et à cuire les légumes, mais surtout les produits de la mer : poissons, crustacés. Ce serait, paraît-il, d'après les pêcheurs eux-mêmes, un procédé qu'ils emploient couramment pour relever la finesse de goût du poisson.

Précautions que comportent les bains de mer chez les enfants. — Mais le bain de mer n'est pas exempt d'inconvénient et même de danger s'il n'est pas convenablement dirigé, et J. Simon se plaisait à rappeller l'histoire d'un père de famille qui, prolongeant outre mesure la durée du bain de sa fille, fut la cause involontaire de l'état d'épuisement dans lequel elle tomba. Se fondant sur les bienfaits des bains de mer, il pensait sans doute qu'en en prolon-

geant la durée il en retirerait un plus grand bénéfice. C'est une erreur assez commune que nous devons redresser. Si, en effet, après le bain la réaction n'est pas franche, si elle manque, il se produit un frisson secondaire, un abattement dépendant de la diminution du calorique et de la persistance des congestions internes vers les centres nerveux et les organes importants de l'économie.

Saison des bains de mer. — C'est pour cela qu'il conseillait de ne pas envoyer les petits malades vers les plages du Nord avant le 10 juillet et de ne pas les y laisser après les 15 ou 20 septembre. Mais il y a des variations annuelles qui font que la saison des bains de mer est avancée ou prolongée suivant que l'été est plus précoce ou l'automne plus doux. Si le printemps a été doux, la mer est déjà bonne en juin, et si l'été est pluvieux, la mer est froide à la fin de septembre.

Si dans le Nord nous recherchons le milieu de l'été, dans le Midi on redoutera, au contraire, cette époque de la saison et, en revanche, on pourra, dès la fin mai, et jusqu'à la fin octobre, baigner des enfants que dans certaines localités l'on baigne même pendant tout l'hiver.

Durée du traitement marin. — Pour les enfants la saison ne peut pas, si on veut qu'elle soit véritablement efficace, se limiter au chiffre traditionnel de vingt et un jours, comme on le fait encore pour beaucoup de stations thermales. Il faut tâcher, au contraire, de prolonger sinon les bains, du moins le séjour suivant les besoins de l'enfant.

Il est probable que les mécomptes qu'on a eus dans bien des cas où la thalassothérapie était pourtant indiquée, tiennent à ce que le séjour a été trop court, la balnéation trop précipitée. On voit en effet des enfants conduits à la mer pour quelques semaines, on voit des sanatoria où ils restent quelques jours seulement. Mais les enfants n'ont pas le temps de s'imprégner de l'atmosphère marine ni de profiter des bains ! Il faut, surtout dans les cas de lymphatisme et à plus forte raison chez les enfants atteints de scrofulo-tuberculose profonde avec des lésions osseuses ou articulaires, des mois de séjour, et souvent un an et un an et demi. La moyenne de séjour a été à Berck, dans 4.692 cas de manifestations scrofulo-tuberculeuses traitées par Cazin, pour les sujets atteints de manifestations multiples, de cinq cent soixante-deux jours, et pour ceux qui étaient affectés de dermatose ressortissant du traitement marin, de deux cent soixante-neuf jours. Pour les coxalgies, la durée moyenne a été de quatre cent vingt-six jours. Les établissements à séjours limités et généralement trop courts n'ont pas la proportion de guérisons obtenues à Berck. Voici d'ailleurs les résultats statistiques obtenus par Cazin :

Dans les sanatoria à séjour illimité. . .	70 p. 100 de guérisons.
Dans les sanatoria à séjour de trois mois pouvant être prolongé.	42,5 —

Dans les hôpitaux à séjour de un mois à six semaines. . . . . 26,8 p. 100 de guérisons.

C'est, dit-il, ce que l'on appelle l'éloquence des chiffres. Quant à moi, je répéterai ce que j'ai dit souvent aux familles : « A une maladie chronique, il faut opposer un traitement chronique. »

Le Dr PERROCHAUD, le premier médecin de Berck, croyait que les pauvres guérissaient mieux que les riches. C'est que les résultats qu'il obtenait à Berck portaient soit sur des enfants qui passaient de chez eux où ils étaient mal soignés, mal nourris, soit de l'hôpital, où ils vivaient dans un milieu encombré, à la vie, au grand air dans des conditions excellentes à tous points de vue. En outre, l'enfant du riche ne fait qu'une apparition au bord de la mer, où on n'a pas de maison de santé installée pour le recevoir toute l'année, et où il ne fait que se retremper, se refaire un peu jusqu'à une prochaine saison.

Vêtements. — Il faut toujours recommander aux mères de famille qui partent par le temps même le plus doux, de se munir pour leurs enfants de vêtements de laine dont ils feront usage, comme les marins, pendant les matinées et les soirées trop humides et trop froides.

Acclimatement. — Il n'est pas bon de commencer le traitement balnéaire dès l'arrivée. Il faut, au contraire, laisser l'enfant s'acclimater pendant quelques jours.

Ce n'est pas d'ailleurs du temps perdu, et ces premiers deux ou trois jours l'accoutument à un air nouveau pour lui. S'il n'éprouve pas d'excitation, d'insomnie, de malaises, s'il se fait au climat marin, on profite d'un jour et d'une heure propices pour lui donner son premier bain avec toutes les précautions désirables, afin qu'il n'en soit pas mal impressionné pour les bains suivants. Ce bain court, une simple immersion, sera renouvelé le lendemain ou après un jour d'intervalle si on a lieu de craindre qu'il ne soit pas bien supporté. Si tout va bien, on pourra donner un bain quotidien de une minute, en augmentant la durée jusqu'à cinq minutes au plus, dans les stations du Nord.

Si, au contraire, l'enfant le supporte mal, s'il perd le sommeil, s'agite, on suspendra momentanément le traitement, pour faire plus tard une nouvelle tentative, en commençant cette fois par des bains de mer tièdes ou des douches.

Heures des bains. — Il ne faudra pas laisser les enfants se baigner à une heure quelconque. Dans le Nord ce sera entre 10 heures du matin et 5 heures du soir. Il faut naturellement tenir compte de l'heure de la marée et conduire l'enfant au bain quand la mer est haute. L'eau est alors plus chaude, surtout si elle arrive sur une plage de sable chauffée par le soleil, qu'à marée basse où elle est sur un fond qui ne sent jamais le soleil, et on a le bénéfice de la lame qui vient pour ainsi dire s'offrir au baigneur, au lieu qu'il ait

à aller au loin la chercher. C'est au milieu du jour que l'eau et l'air tout à la fois seront plus chauds. Si on doit donner deux bains par jour, le premier sera donné de 9 heures à midi ; l'autre de 4 à 5 heures du soir. Il importe que l'enfant soit baigné assez loin de ses repas : il serait mauvais, dangereux, de soumettre un enfant, souvent mal disposé à cet exercice, dont il ne comprend pas l'utilité, au froid de l'eau, à l'action terrifiante pour lui de la vague, trop près du premier ou du second déjeuner, et toutefois il ne faut pas le baigner à jeun de grand matin, il doit avoir quelque chose de chaud à prendre et le soleil pour s'habiller après le bain, si possible. Il faut donc attendre une heure après le léger repas du matin, trois heures après celui de midi, et préparer l'enfant à résister au saisissement de l'eau froide par un exercice qui l'échauffe sans le faire transpirer. Une fois prêt à entrer dans l'eau, il faut que cette entrée soit brusque et les baigneurs auxquels on confie un enfant, savent le déposer horizontalement, entre deux eaux, de manière à l'immerger complètement d'emblée. Si on laissait un enfant entrer dans l'eau timidement et se mouiller progressivement de la tête aux pieds, on l'exposerait à manquer le bénéfice de la réaction qui est ce que l'on recherche. Quand il a sous les pieds du sable fin et qu'il ne court aucun danger, l enfant se trouve bien de courir dans la mer jusqu'à ce que, ayant de l'eau à la hauteur du genou, il se plongera lui-même dans l'eau et y recevra deux ou trois lames, reprenant entre deux sa respiration. Il ne restera pas immobile ni ne quittera l'eau pour y rentrer.

Durée du bain. — Pour la première séance, le bain se réduira à cette immersion rapide. L'enfant n'aura eu pour ainsi dire qu'une douche ; il sera séché, frictionné, chaudement vêtu et poussé à jouer ou à courir. Les jours suivants, l'immersion sera un peu plus prolongée, si on trouve que l'enfant a bien fait la réaction et s'il accepte volontiers le bain de mer, car il ne faut pas oublier qu'il importe de l'apprivoiser au traitement où, surtout s'il est déjà grand, il trouve un stimulant dans la vue de ses petits camarades moins pusillanimes ou plus entraînés. Si, dans les climats doux, le bain de mer peut se prolonger un certain temps, il n'en saurait être de même sur nos plages du Nord, où en aucun cas il ne faut laisser se produire un second frisson, ce qui limitera à quelques minutes, deux à cinq, les premiers bains. Les bains les plus courts sont les plus efficaces, et ce que l'on recherche le plus, c'est la réaction. « Three deeps and out », trois plongeons et... dehors, comme disent les médecins anglais.

D'une façon générale on peut dire, pour fixer les idées, que dans la seconde enfance jusqu'à dix ou douze ans la durée du bain ne devra pas être, sur les plages du Nord, de plus de cinq à dix minutes ou un quart d'heure, sans jamais dépasser vingt minutes.

Dans le bain, même court, il importe que l'enfant ne soit jamais immobile, et celui qui est grand, qui sait nager ou qui veut l'ap-

prendre, aura un stimulant naturel de son activité remplacé, chez les autres, par l'action de la vague à laquelle on les exposera.

Après le bain, l'enfant doit être essuyé et habillé rapidement, puis poussé à jouer ou à courir.

Petits incidents qui se produisent aux bains de mer. — Il est bon de dire ici que, assez souvent, les enfants sous l'influence du traitement marin éprouvent, surtout les sujets nerveux, excitables, faibles, une sorte de *fièvre marine* qui a une certaine analogie avec la fièvre thermale observée aussi chez les enfants qui sont envoyés à une station d'eaux minérales. Ce mouvement de fièvre est nécessaire aux tempéraments maladifs pour imprimer à l'organisme des modifications profondes.

Il est des enfants qui, après le bain de mer, accusent de la douleur de tête. Cet accident s'observe surtout quand le bain a été trop prolongé.

C'est dans ces conditions aussi que souvent on observe la réaction imparfaite, un frisson *secondaire*, et alors aussi quelquefois de la défaillance. Il suffit d'actives frictions en général pour ramener la chaleur à la peau et forcer la réaction à s'effectuer.

L'*urticaire* n'est pas rare et cesse après un ou deux jours d'abstention du bain.

Indications et contre-indications. — Il est d'abord bien établi que les bains de mer, en dehors des enfants auxquels ils ne sont point prescrits, mais qui les prennent par plaisir, ne sont que pour les maladies constitutionnelles chroniques et non pour des affections aiguës. C'est une médication générale et complexe, nous l'avons vu, que la médication marine, ce n'est donc pas trop de s'assurer qu'on ne fait pas fausse route en conduisant à une station de bains de mer un enfant qui a peut-être besoin d'être dirigé ailleurs.

D'une manière générale nous invoquons l'action stimulante et tonique des bains de mer dans le lymphatisme et la scrofule, ainsi que dans la plupart des cas d'anémie, de faiblesse, surtout chez des sujets qui ont ce tempérament ; dans les tuberculoses locales qui étaient, jusqu'à il y a très peu de temps, considérées comme appartenant à la scrofule, mais que la découverte du bacille qui est constant dans les lésions a fait classer à part désormais dans le chapitre des tuberculoses chirurgicales : les adénopathies, les abcès froids, les périostites, les ostéites, les ostéoarthrites, les arthrites fongueuses, la coxo-tuberculose entre autres, le mal de Pott, avec des précautions convenables, etc,.

Parmi les *contre-indications* au bain de mer chez les jeunes enfants, celle qui prime toutes les autres, c'est le jeune âge. Quelque besoin qu'un enfant paraisse avoir des bains de mer, il ne faut pas l'y soumettre au-dessous de deux ans, il ne faut lui permettre que les bains d'eau de mer attiédie. Quant au séjour,

c'est une autre affaire, il ne sera jamais trop tôt de le conseiller à ceux qui en ont besoin.

« N'envoyez pas, disait J. Simon, au bord de la mer les sujets *irritables*, les enfants chez lesquels vous observez cet état que je désigne sous le nom d'*irritation cérébrale*, issus de parents hystériques ou épileptiques ; le séjour même des plages est mauvais pour ces jeunes névropathes, car, en dehors des bains, ils y respirent un air excitant ; je demeure convaincu que certaines congestions cérébrales n'ont pas d'autre point de départ ; enfin, j'ai vu des enfants prédisposés être frappés de méningite ou d'accidents ataxiques qui n'avaient pas d'autre origine. La *chorée* non plus ne se trouve pas bien du voisinage de la mer ; néanmoins je fais exception pour les cas où la période d'excitation est passée, lorsque, après trois mois, il ne reste plus qu'un peu d'affaiblissement ; on peut alors tenter ce traitement, à la condition formelle qu'il ne s'agisse pas d'un de ces sujets irritables dont nous parlions plus haut.

N'autorisez jamais les *hystériques* à faire même un simple séjour au bord de la mer. De nombreuses observations personnelles m'ont démontré quels résultats fâcheux pouvaient suivre une semblable pratique. Je vous fais la même remarque pour l'*épilepsie*.

Vous serez surpris pourtant par quelques exceptions et vous verrez des cas de *céphalée nerveuse* entée sur l'anémie s'améliorer sensiblement par l'usage bien dirigé de l'hydrothérapie maritime. Il faut aussi connaître la contre-indication du *rhumatisme*. Le rhumatisme supporte mal le voisinage de la mer, et un seul bain peut réveiller les accidents ; le rhumatisme est, pour moi, un motif absolu d'interdiction aux bains de mer, aussi bien dans sa forme chronique que dans sa forme subaiguë. J. Simon ne voulait pas non plus du bord de la mer pour les *cardiaques*.

L'atmosphère marine, en effet, et à plus forte raison les bains de mer, provoquent une excitation excessive de l'organe et l'obstacle qui siège à l'orifice prend d'autant plus d'importance, le cœur se fatigue et ses battements sont frappés d'irrégularité.

Les jeunes sujets atteints d'*affections organiques des reins*, de *dégénérescences amyloïdes*, n'iront pas non plus aux bains de mer, ni ceux qui sont frappés d'atrophie cérébrale ou d'arrêt de développement.

Les *dermatoses*, surtout les formes démangeantes, n'ont rien à gagner non plus à la mer, pas plus que les affections inflammatoires, soit aiguës, soit chroniques, des paupières, de la muqueuse du conduit auditif, tandis que nous y envoyons tous les ans, et avec succès, les sujets atteints de lésions tuberculeuses osseuses du rocher et de l'apophyse mastoïde.

La *tuberculose* pulmonaire est autant une contre-indication aux bains de mer que les tuberculoses locales sont une indication et

que l'atmosphère marine elle-même est conseillée dans la tuberculose au début. La syphilis n'a rien à gagner à la mer.

La bronchite *chronique*, excepté celle qui vient chez les scrofuleux, l'*asthme*, l'*emphysème pulmonaire*, n'ont rien à faire non plus aux bains de mer.

Enfin, les jeunes filles souffrant de dysménorrhée, de douleurs ovariennes, ne doivent pas être envoyées aux bains de mer, qui provoqueraient chez elles des poussées congestives et des douleurs nouvelles.

Mais à quel moment faut-il adresser à la mer les enfants? Faut-il suivre les anciens errements et attendre que les lésions soient très avancées, ou au contraire vaut-il mieux prendre les devants, prévenir les manifestations qui doivent arriver fatalement à leur heure si on ne fait rien pour les empêcher? C'est cette dernière opinion qui tend à prévaloir.

« Jusqu'ici, dit M. Ch. Leroux, nous avons surtout traité les manifestations graves de la scrofulo-tuberculose et du rachitisme; c'est l'inverse qu'il faudrait faire, tout en réservant un certain nombre de lits pour ces malheureux enfants profondément épuisés par la maladie. Mieux vaudrait prévenir les manifestations de la scrofulo-tuberculose que les soigner, alors qu'elles ne peuvent que difficilement guérir. On pourrait alors, en un temps beaucoup moins long, obtenir des guérisons efficaces, et rendre robustes et vigoureuses plusieurs générations. C'est toute cette pléiade d'enfants anémiques, lymphatiques, scrofuleux bénins, rachitiques légers, qui tous peuvent radicalement guérir, qu'il faut soustraire aux infirmités et à la tuberculose de l'avenir. »

Avec le secrétaire de l'œuvre nationale des hôpitaux marins, je pense qu'il faut continuer à envoyer au bord de la mer les enfants atteints des manifestations graves de la scrofulo-tuberculose. Dans les cas où il y aura des accidents inflammatoires aigus, on attendra qu'ils soient passés. Si ces accidents se prolongent, s'il se produit des complications graves: paralysies dans le mal de Pott, albuminurie, tuberculose pulmonaire, etc., ce seront, bien entendu, des contre-indications.

Il suffit de voir les statistiques de Berck avec ses chiffres d'une précision irréfutable pour conclure que si un an et demi de séjour ou plus est nécessaire pour guérir une coxo-tuberculose ou un mal de Pott, toutefois le succès qu'on obtient vaut la peine qu'on prend pour l'atteindre.

Ainsi, avant tout, est indiqué le traitement marin pour les candidats à la tuberculose, qu'ils soient lymphatiques, scrofuleux, anémiques, rachitiques au début, et pour ceux qui présentent des accidents de tuberculose chirurgicale.

Les enfants lymphatiques atteints de manifestations légères du côté des yeux, des oreilles, du naso-pharynx (blépharites, con-

jonctivites chroniques, otorrhée, hypertrophie des amygdales, tumeurs adénoïdes), ainsi que ceux qui ont des dermatoses chroniques non démangeantes, bénéficieront également du traitement marin, à la condition de ne point être sujets à des poussées aiguës.

D'autre part, les dermatoses démangeantes, l'eczéma aigu suintant, l'impétigo à l'état aigu, les affections oculaires graves, les otites aiguës douloureuses sont autant de conditions contre-indiquant la mer.

La tuberculose chronique généralisée à forme apyrétique des jeunes enfants comporte le séjour des stations maritimes, dès que possible. Enfin pour la bronchite chronique, quand elle atteint des sujets scrofuleux, elle peut bénéficier du traitement marin. Les asthmatiques et les emphysémateux n'ont rien à gagner aux bains de mer.

Après le lymphatisme, la scrofulo-tuberculose, le rachitisme, les enfants qui bénéficieront le plus de la thalassothérapie seront les anémiques, ceux qui souffrent d'affections gastro-intestinales chroniques, de dyspepsie atonique, de paralysie infantile (au moment opportun), de paralysies consécutives aux maladies infectieuses, etc.

Choix d'une station. — Les caractères différentiels des diverses régions maritimes et des diverses stations indiquent suffisamment qu'il y a lieu de choisir entre elles, suivant les cas. Le problème qui se pose est celui-ci : étant donné un enfant don l'état de santé réclame les bains de mer, à quelle station va-t-on l'envoyer, quand on a le choix ?

Je dis *quand on a le choix*, car nos petits hospitalisés de Paris n'ont qu'une seule station sur la zone maritime nord, à Berck ; mais ils s'en accommodent fort bien, à la condition que leur poitrine soit solide.

Il faut tenir compte de la situation géographique, de laquelle dépendent les conditions climatiques. Jetez les yeux sur une carte : vous verrez que la première division côtière de la France, qui s'étend de Dunkerque à l'embouchure de la Loire, est irrégulièrement découpée, offrant des plages plus abritées les unes que les autres. Son exposition générale au nord-ouest, avec une température moyenne de 17°,6, pendant la saison des bains de mer, ses vents dominants venant du large et non du continent, en font un climat vif, tonique, franchement marin.

C'est là la région que l'on préférera pour un sujet lymphatique, mou, inerte, qui a besoin d'un coup de fouet et qui est en état de le supporter.

On choisira une des stations situées entre Dunkerque et Dinard. Mais tandis que les stations qui sont situées sur la partie de la côte qui limite le département de la Seine-Inférieure n'ont que du galet, on trouve du sable depuis Dunkerque jusqu'à l'embouchure de la Somme. On choisira donc pour des enfants parmi les

suivantes : Dunkerque, Gravelines, Calais, Boulogne, Wimille, Vimereux, Berck, Ambleteuse. On laissera Saint-Valery, le Tréport, Dieppe, Fécamp, Etretat, à cause de leur plage de galets, aux sujets qui iront à la mer pour le bain, plutôt que pour le séjour des plages.

S'agit-il d'un enfant nerveux, toujours prêt à s'agiter ou trop peu résistant pour le soumettre à cet effet excitant des stations précédentes, on l'enverra plus loin, vers les plages moins excitantes de la Normandie ou de la Bretagne, au-dessous de l'embouchure de la Seine. On pourra ainsi conseiller celles de ces plages qui sont sablonneuses. Cabourg, Villers, Lion, Langrune, Luc, etc., seront préférées à Trouville, Deauville, etc., qui sont des plages mixtes, sables et galets, et qui sont des endroits mondains, moins favorables aux enfants.

Les stations que l'on trouve sur la côte de Normandie et de Bretagne sont déjà moins excitantes et pourront être choisies pour des enfants un peu nerveux.

De la Loire à la frontière d'Espagne, la côte a une direction rectiligne, elle est exposée à l'ouest, le vent dominant est le même, le sud-ouest, venant du large, passant sur le Gulf-Stream, ce qui le rend plus humide et plus chaud. La température moyenne est, en été, de 20°, 6. On n'aura plus cet air vif, excitant de la première zone. C'est là qu'on enverra les enfants pour lesquels on craint justement cette influence excitante qui est si utile pour d'autres et pour lesquels on veut le bénéfice d'une saison plus longue. Toutes les plages de cette zone sont sablonneuses, on n'a que l'embarras du choix parmi celles que j'ai nommées.

Enfin, la troisième division de nos côtes, qui va de l'ouest à l'est, des frontières d'Espagne à l'Italie, est plate à l'ouest où les fleuves y forment des étangs considérables, tandis qu'à l'est elle offre des découpures considérables. La température y est en été de 22°,6, mais le mistral est un inconvénient non seulement par les brusques changements de température qu'il y produit, mais surtout parce que, venant du continent, il repousse la brise marine.

Choix d'une plage. — Conditions générales que doit remplir une plage pour qu'elle convienne aux enfants. — Une plage véritablement *médicale* conviendra pour des enfants si, en dehors des conditions climatériques, elle est constituée par du sable, sans accidents de terrains, étendue en tous sens et en pente douce vers la mer, autant que possible, dans une localité saine et ensoleillée, offrant toutefois des abris contre la chaleur et contre le vent.

Sans repousser, de parti pris, une station mondaine en vogue, je préfère, toutes choses égales d'ailleurs, une station moins à la mode, où les enfants seront plus à leur aise et jouiront d'une plus grande liberté pour vivre au dehors, sur la plage : c'est là ce que,

j'appelle une plage *médicale*, par opposition à une plage mondaine.

Pour les enfants, je repousse systématiquement les plages de galets. Je n'aime pas mieux les plages mixtes où le sable se mêle aux galets, et je ne conseille que les plages sablonneuses.

Les plages à galets ou les plages mixtes, en effet, rendent la marche et même la simple station debout difficiles, souvent il s'ensuit des chutes, ce qui, hors de l'eau, a déjà des inconvénients pour des enfants porteurs d'affections osseuses ou articulaires, pour les rachitiques, ceux qui sont atteints du mal de Pott, etc., et dans la mer ces chutes peuvent exposer à se noyer des enfants pour lesquels on se relâche d'une étroite surveillance.

Le séjour sur ces plages n'a aucun intérêt pour l'enfant qui n'y trouve aucun attrait au jeu ou à la promenade. Dès lors, l'enfant perd le bénéfice sinon du bain, du moins de son séjour au bord de la mer, dans l'atmosphère marine, qui est pour lui la partie la plus utile du traitement.

Sur ces plages, dit le Dr Aubert (de Lyon), en parlant des plages de sable, la mer monte plus lentement et l'eau est plus chaude, l'appui plus doux, donc sécurité et agrément du bain. Encore est-ce là le moindre avantage. Un enfant se baigne quelques minutes, mais il jouera des heures entières, et pour le jeu, la plage de sable est incomparable. La marée est indispensable pour la constitution d'une vraie et bonne plage de sable ; sans doute, au bord de la Méditerranée, il ne manque pas de stations où l'on peut se baigner sur un sable doux et uni, s'étendant fort loin en pente douce ; mais, sortez de l'eau, et à part une zone étroite que vous disputez à la vague, vous trouverez immédiatement un sable sec. Or, le sable sec diffère autant du sable mouillé que l'eau à l'état liquide de la glace. Le premier est mouvant, la marche y est pénible, le pied y enfonce, le vent le soulève en poussière ; le second est compact, doux et ferme à la fois, et fournit au pied un appui stable.

Sur la Manche et sur l'Océan, là où il y a de bonnes plages de sable, la mer, en se retirant, laisse un vaste espace moelleux et uni, légèrement ondulé, et qui, entre deux marées, n'a pas le temps de sécher.

Quel bonheur plus vif pour les enfants que de gâcher la terre et l'eau, de faire des pâtés, des creux, des montagnes ! Le sable humide se prête admirablement à toutes ces combinaisons... Aussi quels travaux formidables s'exécutent à la marée basse ! des légions d'enfants, souvent pieds-nus, creusent des tranchées, élèvent des remparts, entassent des montagnes, se posent fièrement sur les édifices fragiles que la vague montante va niveler et détruire (1).

(1) *Lyon médical*, t. XXVI, p. 290.

Il est impossible de mieux exprimer les avantages que présentent les plages sablonneuses sur les plages de galets, quant à ce qui est au moins de la cure marine chez les enfants.

Je désire aussi une localité saine, c'est-à-dire où à côté de l'air pur du large on n'aura pas des miasmes, comme c'est souvent le cas pour certaines stations qui sont placées à l'embouchure des fleuves ou des rivières.

C'est pour prolonger le séjour au bord immédiat de la mer, dans une zone ne dépassant pas 500 mètres (puisque, passé cette distance, l'air marin a perdu sa puissance) que je veux une plage étendue permettant de longues promenades, l'organisation de jeux en commun où l'attrait dissipe la monotonie.

Si une telle plage offre une pente douce vers la mer, sans rochers, ni bancs, les enfants ne courront aucun danger et le traitement sera singulièrement simplifié.

C'est pour cela aussi que je repousse le voisinage des ports, à cause des émanations de toutes sortes qui s'y produisent, de la population plus dense, des inconvénients de la ville enfin que l'on retrouve ainsi au bord de la mer.

Je veux une plage ensoleillee et non couverte de brouillard, offrant une exposition convenable au vent, mais aussi des abris appropriés, des arbres, de la verdure dans son voisinage, etc.

Ces desiderata ne sont pas irréalisables, et au risque d'envoyer l'enfant un peu plus loin, je tâcherai qu'il ne manque pas sa saison, parce que les conditions favorables à sa cure n'auront pas été prévues dans ma prescription de telle ou telle station.

(*A suivre.*)

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Hémichorée récidivante d'origine émotive. — P. FAREZ (1). — Une fillette de 17 ans, précipitamment appelée auprès de sa mère en danger de mort, éprouve une telle émotion qu'elle présente une hémichorée droite qui dure six mois. Deux ans après, survient la mort de sa mère. En revenant du cimetière, cette jeune fille est reprise de son hémichorée ; elle laisse tomber tous les objets qu'elle tient à la main et elle ne peut ni écrire, ni coudre, ni manger seule. Un rêve émotionnel, qui revient chaque nuit, lui cause des insomnies rebelles. Elle est en outre totalement anesthésique à droite. En une seule séance de suggestion hypno-

(1) Société d'hypnologie et de psychologie, séance du 16 avril 1901.

tique, les mouvements choréiques sont supprimés, le rêve obsédant inhibé, la sensibilité restaurée.

Deux cas d'incontinence nocturne d'urine guéris en une seule séance de suggestion pendant le sommeil naturel. — M. BOURDON (1). — Il s'agit d'un garçon de 9 ans et d'une fillette de 11 ans. Pendant qu'ils dormaient de leur sommeil normal, je les ai suggestionnés, suivant la technique décrite par M. Paul FAREZ. La guérison obtenue en une seule séance s'est maintenue depuis plusieurs années.

M. PAUL FAREZ. — Le cas d'incontinence que j'ai récemment rapporté avait aussi été guéri en une séance. La rapidité et la persistance de ces guérisons est à signaler à ceux qui, systématiquement, déclarent la suggestion pendant le sommeil naturel impraticable ou inefficace. Ce mode d'intervention sera souvent mieux accepté et même plus facilement applicable que la suggestion hypnotique proprement dite; peut-être même deviendra-t-il la méthode de choix contre l'incontinence nocturne d'urine.

M. PAUL DE SAINT-MARTIN. — J'ai aussi traité une incontinence d'urine par suggestion pendant le sommeil naturel, en me conformant à la technique de M. FAREZ. Il m'a, il est vrai, fallu plusieurs séances, mais la guérison a été complète et définitive.

Uno rarissimo caso di occlusione completa dell' esofago. (*Cas très rare d'occlusion complète de l'œsophage.*) — FILÉ-BONAZZOLA. — Un garçon de trois ans, observé le 6 octobre 1899 au Dispensaire de l'hôpital des Enfants de Milan, ne peut déglutir aucun aliment ni boisson depuis dix jours, l'œsophage étant complètement fermé. Depuis deux ans, il a présenté plusieurs accès semblables. Le début, survenu après un an, est entouré de mystère. On a pratiqué le cathétérisme de l'œsophage sans succès. Les autres fois, l'occlusion de l'œsophage durait quatre à cinq jours ; cette fois il y a onze jours qu'elle est absolue, et l'état est très inquiétant. On fait une injection de 120 grammes de sérum artificiel et on donne un lavement nutritif. Pouls 50, très petit, arythmique, 30 respirations, 35° 6, poids 8 kg. 250. Mort.

Sur le dos de la langue, à 2 centimètres et demi de la pointe, cicatrice blanchâtre irrégulière, de 2 centimètres de large. Au niveau du bord inférieur du cricoïde, dilatation énorme de l'œsophage se prolongeant en bas sur une longueur de 5 cm. 5, avec 2 cm. 5 de large. Le pôle inférieur de ce gonflement fusiforme est très étroit. Les parois de l'œsophage semblent très épaissies, et on trouve un corps dur, dont une extrémité est fixée dans l'ouverture inférieure de la dilatation. Ce corps, du volume d'une petite noix, semble être du pain rassis. Le rétrécissement fibreux incisé, on découvre une ulcération circulaire à la paroi postérieure.

(1) Société d'hypnologie et de psychologie, séance du 18 juin 1901.

Il est probable qu'il y a eu au début ingestion de caustique, rétrécissement cicatriciel, puis arrêt complet sous l'influence de quelque débris alimentaire (1).

MÉLANGES SCIENTIFIQUES

Un ferment du lait de femme et du lait d'ânesse. par P. NOBÉCOURT, chef de laboratoire, et PROSPER MERKLEN, interne de l'hospice des Enfants-Assistés. Depuis de longues années on cherche, sans la trouver, la raison pour laquelle l'emploi du lait animal, et en particulier du lait stérilisé, donne des résultats si défectueux. Les considérations émises récemment par M. ESCHERICH et par M. MARFAN sur le rôle des zymases du lait paraissent devoir engager la question dans une voie nouvelle et plus fructueuse. BÉCHAMP a constaté la présence, dans le lait de femme, d'une diastase transformant l'amidon en sucre, la *galacto zymaze*, qui manquait dans les laits de vache et d'ânesse. Ce fait a été confirmé par M. MORO, élève de M. ESCHERICH.

M. MARFAN a trouvé dans le lait de femme le ferment qui dédouble les graisses neutres en acides gras et en glycérine, la *lipase.* Dans le lait de vache, existe également une lipase, mais qui paraît moins énergique.

De leur côté, MM. NOBÉCOURT et MERKLEN ont étudié l'action de différents laits sur le salol, et montré que le sérum sanguin et les divers organes de l'homme, du cobaye, du lapin, renferment un ferment qui dédouble le salol en phénol et en acide salicylique. Ce ferment, qui agit par hydratation, c'est-à-dire par un processus identique à celui de la lipase, n'est peut-être que la lipase de M. HANRIOT, bien que son action sur le salol ne paraisse pas superposable de tout point à celle de cette dernière sur les graisses.

Ils ont procédé en mélangeant le lait et le salol ; le mélange était placé à l'étuve à 37°. Ils ont examiné des laits de femme, de vache, de chèvre, d'ânesse et de chienne. On fait des dosages de la quantité d'acide salicylique formé suivant le procédé colorimétrique.

23 échantillons de laits de femmes leur ont donné la réaction caractéristique de l'acide salicylique à l'étuve.

11 laits d'ânesse ont été examinés. Un échantillon, dont ils ont fait mention à la *Société de Biologie*, revu à plusieurs reprises, ne dédoublait pas le salol. Les dix autres ont eu une action positive.

Le lait d'une chienne griffon écossais n'avait eu aucune action après quatre heures; après vingt-trois heures, la réaction était très marquée.

(1) *Gazz. degl. osp. e delle clin.*

Avec les laits de 10 chèvres, de 18 vaches, ils n'ont pas obtenu la réaction en se plaçant dans les mêmes conditions, avec des doses de 5, 10, 15, 50 centim. cubes de lait. Cependant un lait de vache leur a donné une réaction faible après 48 heures.

Leurs expériences montrent tout d'abord qu'il y a une différence essentielle, dans la teneur en ferments, entre les laits de femme, d'ânesse, de chienne d'une part, et les laits de vache et de chèvre d'autre part; il est intéressant de noter que le lait d'ânesse, qui est, après le lait de femme, le mieux toléré par l'enfant, contient le même ferment que lui. Ces ferments du lait constituent une importante propriété; comme ils sont facilement altérés par la chaleur, on comprend que la stérilisation modifie profondément le lait.

Sur l'usage de la levure de bière pour déceler les communications des nappes d'eau entre elles (1). — M. P. Miquel, pour démontrer l'absence du pouvoir épurateur du sol à l'égard des eaux, emploie depuis dix-huit mois la levure de bière pressée, qu'il est aisé de se procurer dans un état de pureté satisfaisant. Elle peut aussi être utilisée pour établir la réalité des communications des eaux superficielles ou souterraines avec les eaux de source destinées à être captées.

La levure délayée, sur les lieux de l'expérience, dans dix à vingt fois son volume d'eau, est jetée sur les surfaces absorbantes, dans les cours d'eau, les puits, les gouffres qu'on suppose en communication directe avec les nappes d'eau souterraines alimentant telle ou telle source.

Les prélèvements des eaux qu'on pense contaminées sont toujours précédés d'expériences témoins tendant à démontrer que le *saccharomyces cerevisiæ* ne préexistait pas dans les échantillons qui vont être soumis à l'analyse ; ils sont effectués toutes les trois ou quatre heures durant une période que, suivant les cas, on fait varier de quinze jours à un mois et même davantage.

Pour retrouver la levure, on répartit, dans le plus bref délai possible, les eaux recueillies dans des matras de bouillon de peptone sucré et acidifié de façon que le liquide résultant de ce mélange contienne environ par litre 200 gr. de saccharose, 1 gr. d'acide tartrique, et à peu près autant de bitartrate de potasse, puis ces matras sont exposés à l'étuve portée vers 25°.

Quand la levure a pénétré dans l'eau recueillie, on voit se produire au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, au fond du matras, des taches ou colonies formées par le *saccharomyces cerevisiæ* ; bientôt une fermentation alcoolique énergique se déclare, avant que les bactéries, surtout celles des fermentations lactiques, qui sont le plus à redouter, aient pu envahir puissamment le milieu sucré.

(1) Académie des sciences, séance du 17 juin.

Par ce procédé nous avons pu établir la communication de certains cours d'eau, puits, bétoires, puisards ou gouffres avec des sources captées à plus de 10 à 15 kilomètres du lieu d'expérimentation.

La levure ne perd pas sensiblement de sa vitalité après de longs parcours souterrains, et l'on peut la rencontrer encore pleine de vie à l'extrémité d'aqueducs de plus de 100 kilomètres de longueur et après un séjour de plus de deux mois, soit dans l'intérieur du sol, soit dans ces aqueducs. Ordinairement, ces expériences se pratiquent en employant 10, 20, 40 kilos de levure et davantage, suivant les circonstances.

Il senso morale infantile studiato in un ospedale di bambini (*Le sens moral infantile étudié dans un hôpital d'enfants*), par le Dr PIERO TORRETTA (Broch. de 24 pages, Turin, 1900).—L'hôpital *Regina Margherita* où l'auteur a observé reçoit des enfants de deux à douze ans, appartenant à un monde qui paie un large tribut aux dégénérescences physiques (tuberculose, rachitisme, syphilis, etc.). Un total de 1047 enfants, avec légère prédominance des garçons, sert de base à cette étude. Les 4/5 des sujets sont défavorablement influencés par le milieu social (misère). Il faut tenir compte de l'âge des parents (trop jeunes ou trop vieux) et de l'alcoolisme.

Cependant les perversions morales ne sont pas très communes à l'hôpital. On note des troubles de la sensibilité, hyperesthésie chez les uns, anesthésie chez les autres; chez quelques-uns le goût, l'odorat, semblent absents. Chez les filles, les irrégularités de conduite, les fautes commises, sont moins fréquentes et moins graves que chez les garçons. La colère prédomine aussi chez ces derniers, surtout quand on leur refuse certains remèdes. Égoïsme absolu. La mort n'évoque pas chez les enfants d'idées tristes. La cruauté n'est pas ordinaire chez les enfants malades. Un seul cas de vol a été noté chez un garçon de cinq ans et demi, fils d'alcoolique, dégénéré, d'aspect sénile.

De ceci il résulte que le sens moral ne doit pas être aussi perverti qu'on aurait pu le croire chez les enfants hospitalisés.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Du traitement des tumeurs blanches chez les enfants par les appareils de marche. — M. FRŒLICH. — Le traitement des tumeurs blanches chez les enfants doit être essentiellement conservateur: c'est là une vérité admise par tous les chirurgiens qui ont quelque expérience de l'évolution de l'arthrite tuberculeuse dans le jeune âge, et cependant dix à quinze ans à peine nous séparent de la période néfaste où toute tumeur blanche même à son début était réséquée.

Ces lésions ont en effet une tendance vers la guérison, mais à certaines conditions cependant et qui sont les suivantes :

1° Que l'état général reste bon ;

2° Que l'articulation malade soit mobilisée en bonne position ;

3° Que l'on évacue le produit de la fonte purulente des tubercules, lorsque le pus par sa quantité ou par sa direction risque de dissocier les parties molles.

Tout abcès articulaire, dès qu'il est reconnu, ne doit pas en effet être évacué *ipso facto,* mais seulement lorsque, par son volume, il devient dangereux pour la peau ou pour les parties molles profondes. L'abcès froid articulaire n'est presque jamais un tuberculome au sens qu'attachait le professeur Lannelongue à ce terme ; il n'est pas un agent d'envahissement tuberculeux. Nous le voyons souvent guérir spontanément lorsque son volume ne dépasse pas celui d'une noix ou d'un petit œuf. Lorsqu'il grossit, nous le ponctionnons en prenant toutes les précautions classiques pour qu'aucune fistule ne persiste, l'évolution de l'arthrite tuberculeuse pour être tout à fait favorable devant rester sous-cutanée. Les injections modificatrices iodoformées ou naphtolées peuvent souvent être évitées.

Ceci étant dit au sujet de l'évacuation du produit de la fonte purulente des tubercules, examinons de quelle façon on a rempli jusque dans ces derniers temps les deux premières conditions de guérison des tumeurs blanches du membre inférieur.

Pour que l'état général restât bon, on n'avait rien trouvé de mieux que le repos au lit ou dans une gouttière de Bonnet, dans des conditions d'aération passables chez les riches, déplorables chez les pauvres et dans les hôpitaux. Il n'est plus nécessaire de faire le tableau des coxalgiques, par exemple, confinés dans leur lit avec leur traction continue, s'étiolant de plus en plus et atteignant plus ou moins rapidement la cachexie. Il en était de même pour les arthrites tuberculeuses du genou et du pied.

Quant à l'immobilisation en bonne position, elle se faisait par la traction continue avec les poids pour les coxalgies, par la même traction ou par une gouttière pour le genou, par une gouttière pour le pied ou le cou de pied.

Or, la solution du problème posé par les deux conditions indispensables à la guérison des tumeurs blanches (relever l'état général tout en maintenant la jointure immobilisée dans une bonne position) comportait la découverte d'un appareil à la portée de toutes les classes sociales et permettant la marche et la vie au soleil et au grand air tout en maintenant l'articulation dans une immobilité parfaite.

La solution de ce problème fut étudiée par Sayre de New-York, par Thomas de Boston, par Lefort, par Verneuil. Le grand appa-

reil plâtré inamovible de Kirmisson le résolvait en partie (1). Hessing, bandagiste des environs de Würtzbourg, avec ses appareils en cuir moulé renforcés d'attelles métalliques, le résolut complètement, mais au profit seulement des classes riches à cause du prix énorme de ses corsets et des jambières. Lorenz de Vienne, en combinant le plâtre et les attelles métalliques, mit ce traitement idéal à la portée de tous les enfants atteints de coxalgie.

C'est cet appareil, quelque peu modifié et perfectionné, que j'emploie depuis quelques années à la Clinique d'orthopédie de la Faculté.

Il se compose d'un appareil plâtré amovible, prenant tout le bassin et la cuisse malade jusqu'au genou. Dans la partie recouvrant la cuisse est incorporé un étrier métallique qui dépasse la plante du pied malade de quelques centimètres. Lorsque l'appareil est sec et que le malade est debout, la jambe malade ne repose pas sur le sol, mais est suspendue dans l'étrier qui supporte le poids du corps et prend point d'appui au niveau de la hanche. Une semelle plus élevée du côté sain compense la différence de longueur des membres, et le petit malade apprend à marcher facilement, sans soutien d'aucune sorte. La jointure est immobilisée, déchargée du poids du corps, et elle peut être mise en extension continue. Pour cela, on adapte au pied une anse de diachylon d'où l'on fait partir un tube en caoutchouc que l'on fixe à la branche transversale de l'étrier. L'appareil est garni et capitonné plus ou moins luxueusement suivant la position sociale du malade. J'ai eu le plaisir de voir adopter cet appareil pour les coxalgiques dans les services de MM. les professeurs Gross et Weiss.

J'ai pensé que ce que Lorenz avait réalisé pour la hanche, il était possible et même facile de le réaliser également pour le genou et les articulations du pied et du cou-de-pied. Mon appareil est composé, comme l'appareil à coxalgie, d'un corset pour le bassin et d'un cuissard dans lequel est incorporé l'étrier métallique. Toutefois le cuissard et l'étrier, au lieu de faire partie intégrante du corset, ne sont reliés à ce dernier que par une tige articulée dont la charnière est placée au niveau du grand trochanter. Enfin le genou porte une genouillère complètement indépendante du premier appareil. Cette genouillère amovible, en plâtre, est garnie et capitonnée ; elle va des malléoles jusqu'au milieu de la cuisse. C'est une sorte de boîte allongée qui présente le long du bord interne du genou une charnière, le long du bord externe des crochets de fermeture. L'enfant, comme vous le voyez, marche facilement ; son genou est immobilisé dans une rectitude

(1) Voir pour plus de détails notre travail : *De l'appareil de marche dans la coxalgie* (*Revue médicale de l'Est*, 1900), et la thèse de notre élève Étienne : *Du traitement orthopédique de la coxalgie*. (Thèse de Nancy, 1899).

parfaite et le pied ne porte pas à terre. On pourrait également, s'il était nécessaire, adopter une traction continue.

Pour les tumeurs blanches du cou-de-pied et du pied, j'emploie un troisième appareil construit d'après les mêmes principes.

Il est composé, comme vous pouvez le voir, d'une genouillère amovible en plâtre, garnie et capitonnée. De la genouillère part un étrier qui passe à quelques centimètres de la plante du pied malade. Celui-ci est entouré d'une guêtre plâtrée amovible ou d'un simple pansement compressif suivant les cas. L'enfant marche avec la plus grande facilité.

J'emploie ce même appareil pour les fractures de jambe, lorsqu'il y a nécessité pour le malade de marcher au bout de peu de jours.

J'ai pensé rendre service aux malades que vous pouvez avoir à soigner en vous signalant ces appareils qui nous rendent les plus grands services à la clinique. Ils nous permettent de renvoyer au bout de peu de jours chez eux, à la campagne, les enfants atteints de tumeurs blanches, ce qui est une économie pour le budget de l'hôpital, et ce qui surtout évite à ces enfants les contagions de broncho-pneumonie, scarlatine, rougeole et varicelle auxquelles les expose fatalement un séjour prolongé à l'hôpital. Vous savez d'ailleurs qu'ainsi que l'ont dit plusieurs chirurgiens d'enfants : le petit enfant atteint d'affections chirurgicales doit craindre l'hôpital.

Ces appareils réalisent complètement les conditions reconnues indispensables à la guérison des arthrites tuberculeuses du membre inférieur : immobilisation parfaite de la jointure en bonne position et vie active au grand air et au soleil (1).

Emulsion contre le rachitisme. — Marfan.

℞ Huile de foie de morue.	100 gr.
Solution de lactophosphate de chaux à 50 p. 1000. .	150 gr.
Sirop de lactophosphate de chaux à 50 p. 1000. . .	350 gr.
Gomme adragante.	5 gr.
Alcoolature de zestes de citron.	20 gr.

2 à 3 cuillerées à café par jour.

Topique contre les cors. (Brocq.)

℞ Acide salicylique.	1 gramme.
Extrait alcoolique de cannabis indica	0 gr. 50
Alcool à 90°.	1 gramme
Ether à 62°.	2 gr. 50.
Collodion élastique.	5 grammes.

Appliquer tous les soirs une couche pendant huit jours.

Le huitième jour, prendre un bain chaud et prolongé dans lequel on enlèvera, avec les ongles ou avec un grattoir, la masse du collodion qui entraînera avec elle la plus grande partie, sinon la totalité du cor. Recommencer s'il est nécessaire.

(1) *Société médicale de Nancy*, *in* Revue médicale de l'Est.

BIBLIOGRAPHIE

BROCHURES

Bibliographia lactaria. — Bibliographie générale des travaux parus sur le lait et sur l'allaitement jusqu'en 1899, par le Dr Henri de ROTHSCHILD. Premier supplément, Octave Doin, éditeur, Paris). Nous avons analysé le gros volume de bibliographie que M. H. de ROTHSCHILD a fait paraître sur le lait et l'allaitement. Nous devons signaler aujourd'hui à nos lecteurs le premier supplément qui vient de paraître. L'auteur ne cite pas seulement les nouveaux travaux parus depuis son volume, mais il glane les publications antérieures qui n'avaient pas été mentionnées et qu'il ne veut pas laisser dans l'oubli.

Traitement de la coxalgie par la mécanothérapie, sans immobilisation au lit, par le Dr PAUL ARCHAMBAUD. — L'auteur décrit un nouveau mode de traitement de la coxalgie qui consiste à immobiliser les malades dans un appareil à sustentation générale permettant la marche. (Paris, librairie de la *Revue médicale*, 21, rue Cujas.)

THÈSES

Des lésions des capsules surrénales dans la syphilis congénitale, par le Dr Léonce PETIT (1), ancien premier Interne des Hôpitaux de Marseille et de la Clinique obstétricale et de la Maternité, Lauréat de l'Ecole de Médecine.

M. le Dr PETIT a couronné ses études médicales par une étude savante et originale dont voici les conclusions :

Chez 22 nouveau-nés ayant succombé à la syphilis congénitale nous avons trouvé dans les capsules surrénales les lésions suivantes : . . . .

1° La *congestion* de la substance médullaire et de la capsule fibreuse d'enveloppe. Cette congestion est très fréquente et peut être attribuée le plus souvent à une disposition anatomique particulière de la capsule surrénale du fœtus et du nouveau-né ; dans certains cas cependant on peut la mettre sur le compte de l'infection syphilitique.

2° Dans 4 cas l'*infiltration* de *cellules embryonnaires*, soit en nappe, soit sous forme de nodules.

3° 5 cas de *sclérose* de la substance médullaire.

4° Un *syphilome miliaire* probable. . .

5° 3 cas de *dégénérescences cellulaires* avec *hypertrophie* de la glande.

Parmi ces lésions, les unes, celles des quatre premiers groupes, sont déterminées, selon nous, par la syphilis ; quant aux dégénérescences cellulaires il est peu probable que leur origine soit la même.

(1) Lyon, 1900, imprimerie Paul Legendre et Cie.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

FORME GRAVE DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE, AVEC PERFORATION PALATINE

GUÉRISON ET OBLITÉRATION DE LA PERFORATION PALATINE SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT. — TECHNIQUE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CYANURE DE MERCURE.

Par le Dr A. B. MARFAN.

Il y a un mois, je vous ai montré une fillette atteinte de syphilis héréditaire tardive à forme grave. Je la remets sous vos yeux pour vous faire constater les effets remarquables du traitement. Mais, au préalable, il faut que je vous rappelle son histoire et les lésions qu'elle présentait à son entrée.

Elle est âgée de 10 ans. Elle nous a été conduite par une parente, ce qui explique que nous n'ayons pu avoir des renseignements complets sur ses antécédents. Cependant nous avons appris que la mère a eu huit grossesses et que six se sont terminées par la mise au monde d'enfants mort-nés ou qui ont succombé dans les premiers jours.

Notre malade, nourrie au sein par sa mère, a présenté, dix jours après la naissance, une éruption autour des lèvres et de l'anus, et un coryza qui a persisté longtemps. Nous ignorons si elle a été alors soumise à un traitement régulier. En tout cas, son développement a été à peu près normal. A l'âge de 3 ans, elle a eu des adénites suppurées du cou et de l'aine, pour lesquelles on l'a envoyée à Forges ; elle en est revenue guérie.

Il y a huit mois, elle a présenté à la joue gauche deux intumescences, l'une en avant de l'oreille, l'autre vers l'angle de la mâchoire ; toutes les deux se sont rapidement ulcérées. Un médecin, consulté au début, a prescrit du sirop de Gibert. Elle en prit pendant plusieurs mois; mais les ulcérations ne se modifièrent pas. On nous l'a donc adressée il y a un mois.

Nous constatâmes que les *ulcérations de la joue* présentaient les caractères des ulcérations des gommes syphilitiques : elles étaient profondes, à bords saillants et irréguliers, couvertes de bourgeons

charnus, pâles, violacés, reposant sur une masse dure. Mais, en outre, nous trouvâmes une induration du volume d'une grosse noix à la partie externe de la cuisse gauche, un peu au-dessus du genou; cette masse dure, d'ailleurs indolente, faisait corps avec l'aponévrose; c'était une *gomme musculo-aponévrotique*. — Enfin nous découvrîmes une *perforation du voile du palais*. Bien que l'examen des viscères ne révélât aucune anomalie, l'enfant était pâle avait l'aspect cachectique, et en raison du nombre et de la nature des manifestations, il n'était pas douteux que nous nous trouvions en présence d'une forme grave de syphilis héréditaire tardive. Le sirop de Gibert, donné pendant plusieurs mois, avait échoué. Il fallait donc recourir à un traitement plus énergique, employer les injections sous-cutanées d'une substance mercurielle et donner l'iodure de potassium à dose suffisante.

Repoussant l'usage des préparations mercurielles insolubles pour les injections sous-cutanées, et parmi les préparations solubles, l'expérience m'ayant montré la supériorité des solutions aqueuses de benzoate de mercure et surtout de cyanure de mercure, c'est à celles-ci que j'ai décidé d'avoir recours. J'ai laissé de côté le benzoate de mercure parce que cette substance est d'une préparation longue et compliquée. J'ai choisi le cyanure de mercure. La solution de cyanure de mercure est facile à préparer; elle se conserve bien; en injection sous-cutanée, elle détermine moins de douleurs que l'huile biiodurée qui passe à tort pour en provoquer très peu.

Il faut employer, non pas, comme on l'a conseillé, la solution au 1/100 avec laquelle l'injection provoque des indurations persistantes, mais une solution beaucoup plus étendue, la solution au 1/1000.

℞	Eau distillée.	100 gr.
	Cyanure de mercure.	0 gr. 10 centigr.

Dix centimètres cubes de cette solution renferment un centigr. de cyanure de mercure. On doit faire l'injection, avec tous les soins d'asepsie, dans les *masses musculaires* de la fesse, des gouttières vertébrales, des cuisses; si le liquide est injecté sous la peau, surtout s'il est injecté dans le derme, comme avec toutes les solutions mercurielles quelles qu'elles soient, on risque de déterminer une escarre.

A un adulte, on peut injecter cinq centimètres cubes tous les jours ou dix centimètres cubes tous les deux jours, suivant les indications. A notre fillette, qui est âgée de 10 ans, nous avons injecté tous les deux jours cinq centimètres cubes, correspondant à un demi-centigr. de cyanure.

En même temps, l'enfant prenait chaque jour *deux grammes d'iodure de potassium*. Pendant la durée du traitement, nous lui avons fait prendre des soins minutieux de la bouche.

Après la troisième injection, soit après 6 jours seulement de traitement, les ulcérations gommeuses de la joue se détergent et bourgeonnent avec activité ; les bourgeons sont d'un rose vif. Après la 9me injection, les gommes sont presque guéries ; la perforation palatine est beaucoup plus petite et je commence à espérer qu'elle se fermera complètement. La gomme de la cuisse a diminué de moitié. La 13e injection a été faite, il y a 8 jours ; puis on a suspendu le traitement parce que l'enfant a eu une indigestion de bonbons. — Vous voyez quel est son état aujourd'hui après un mois. — A la place des gommes de la joue, il y a des cicatrices violacées avec un petit bourgeon charnu au centre. La perforation du voile palatin est réduite à un très petit pertuis. — La gomme de la cuisse est en voie de résorption ; on ne sent plus qu'un empâtement un peu mou à la place de la grosse induration du début.

Nous allons reprendre le traitement, mais en espaçant les injections ; on n'en fera plus que deux fois par semaine, nous continuerons jusqu'à ce que la gomme de la cuisse ait disparue.

De ce fait, je tirerai les conclusions suivantes. Dans la syphilis héréditaire tardive, à forme grave, l'emploi du sirop de Gilbert est un traitement tout à fait insuffisant. Il faut avoir recours aux injections sous-cutanées de préparations mercurielles solubles, et mon expérience me permet de recommander à cet effet l'usage des solutions aqueuses faibles de cyanure de mercure. Il faut joindre à la mercurialisation, l'emploi de l'iodure de potassium à dose suffisante ; celle-ci est de 2 grammes par jour pour un enfant de 10 ans.

Appendice. Un mois après cette leçon, l'enfant était complètement guérie et la *perforation palatine complètement oblitérée.*

DE LA RHINITE HYPERTROPHIQUE CHEZ LES ENFANTS. — TRAITEMENT PAR L'AIR CHAUD

Par le Dr G. MAHU.

J'ai déjà abordé ici, dans une précédente étude (1), la question si importante de l'intégrité de la respiration nasale chez les enfants. En dehors des inflammations du tissu adénoïde et des diverses affections d'ordre purement chirurgical qui peuvent apporter une gêne mécanique plus ou moins considérable à la respiration nasale, il existe d'autres maladies affectant la pituitaire elle-même et dont les plus communes dans l'enfance sont les rhinites vaso-motrices à leurs différentes périodes avec congestion, hypertrophie ou dégénérescence de la muqueuse, d'une

(1) G. Mahu. — *De l'hypertrophie des queues de cornet chez les enfants. — Ann. de méd. et de chir. inf.* 15 juillet 1899, no 14.)

part et subjectivement, d'autre part, une obstruction nasale constante ou intermittente et certains troubles sécrétoires ou autres.

La *rhinite hypertrophique* n'est pas rare chez les enfants et a souvent pour point de départ le coryza qu'on observe chez le nourrisson pendant les premiers mois de la vie.

Cette affection accompagne généralement l'hypertrophie des éléments de l'anneau de Waldeyer; mais ces deux affections peuvent exister indépendamment l'une de l'autre.

Le terrain scrofuleux est le plus propice à leur développement.

Les hérédités syphilitique ou tuberculeuse, l'âge avancé des parents, la misère, une hygiène défectueuse et en général toutes les tares, héréditaires ou acquises, prédisposant à la scrofule, peuvent être l'origine de cette affection.

Il n'est pas rare de constater qu'un enfant scrofuleux atteint de rhinite hypertrophique dans sa première enfance, soit devenu ozéneux quelques années plus tard. Ce sont là deux stades différents d'un même processus.

Toutefois, la rhinite hypertrophique s'observe le plus souvent dans l'enfance et dans l'adolescence.

Elle peut survenir au cours d'un coryza chronique suite d'un coryza aigu ou reste de rougeole, de scarlatine ou de diphtérie.

L'étroitesse congénitale des fosses nasales peut aussi en être la cause par suite de la stagnation forcée des sécrétions au contact permanent de la muqueuse.

D'autre part, l'augmentation de volume de la pituitaire peut être attribuée à toutes les causes de stase sanguine empêchant le libre retour du sang veineux : telles sont la présence de corps étrangers, les déviations ou les crêtes de la cloison, les végétations adénoïdes du naso-pharynx, l'hypertrophie des amygdales.

L'hyperplasie de la muqueuse s'observant, le plus souvent dans le cours du coryza chronique, ces deux expressions *coryza chronique* et *rhinite hypertrophique* sont parfois confondues : leur ensemble constitue le *catarrhe nasal chronique* des Allemands.

Tel n'est pas notre avis : en effet, si, le plus souvent, dans la première enfance, la pituitaire hypertrophiée se trouve baignée d'emblée par des sécrétions abondantes, il arrive également que dans la 2e enfance, quelquefois à l'âge de la formation chez les jeunes filles, on constate une tuméfaction de la muqueuse en particulier sur les cornets inférieurs, avec ou sans symptômes réflexes coexistants, sans qu'il y ait pour cela exagération des sécrétions.

Il y a là inflammation au début, simple hyperémie de la muqueuse, en un mot *irrigation trop abondante des capillaires et des sinus vasculaires encore sains.*

Plus tard ces vaisseaux fatigués perdent peu à peu de leur élasticité, les glandes s'hypertrophient ou s'atrophient, et, avec la dégénérescence angiomateuse de cette muqueuse, apparaît seulement l'hypersécrétion.

Un 3e stade nous montre la dégénérescence myxomateuse de la pituitaire avec polypes sessiles ou pédiculés suivant que la rhinite est diffuse ou localisée.

Il me paraît utile de différencier les deux premiers de ces états, car chez l'enfant en particulier il ne faut pas confondre une *tuméfaction* de la muqueuse qui peut n'être que passagère et reconnaître pour origine des causes réflexes plus ou moins éloignées avec une *hyperplasie* de la muqueuse avec dégénérescence plus ou moins marquée de ses éléments.

La première affection que l'on peut nommer *rhinite congestive* peut n'être que passagère : elle est le plus souvent paroxystique. Elle ne dégénère pas fatalement en rhinite hypertrophique, bien qu'elle en soit ordinairement le 1er stade. Elle s'observe presque exclusivement dans la 2e enfance et chez les adultes issus de neuro-arthritiques ou nerveux et arthritiques eux-mêmes.

La seconde, au contraire, est la *rhinite hypertrophique* proprement dite avec dégénérescence plus ou moins marquée des éléments vasculaires ou glandulaires de la muqueuse et s'observe soit dans la 1re enfance où elle existe d'emblée (coryza chronique des enfants scrofuleux), soit consécutive à la précédente chez les adultes et dans la 2e enfance.

Les premiers symptômes objectifs de la rhinite congestive sont la rougeur et la tuméfaction de la muqueuse, en particulier du cornet inférieur, entraînant à sa suite une obstruction nasale, le plus souvent intermittente et affectant soit à la fois les deux fosses nasales, soit une seule, soit alternativement chacune d'elles (obstruction nasale à bascule).

Cette obstruction s'exagère le plus souvent le soir quand le malade se met au lit dans le décubitus dorsal. Elle apparaît ou disparaît indifféremment sous l'influence des mêmes causes : passage du chaud au froid ou inversement, frayeur, surprise, attouchement avec un stylet.

Les enfants ronflent la nuit, ont des cauchemars, se tournent et se retournent sans cesse dans leur lit, s'éveillent en sursaut.

Ils se plaignent de maux de tête, manquent d'entrain au jeu et au travail. Les épistaxis ne sont pas rares à cette période, durant laquelle on note rarement une exagération des sécrétions : le nez est plutôt sec. Il y a souvent coexistence d'une toux sèche, quinteuse et d'éternuements.

Mais, plus tard, les cornets tuméfiés rouges, et durs, deviennent pâles et mous, en même temps que les sécrétions augmentent et changent de qualité.

La pituitaire de sèche devient humide à chaque nouvelle crise et commence à sécréter un liquide tantôt clair, albumineux, tantôt muco-purulent. La muqueuse apparaît alors blanche, macérée, facilement dépressible et la rhinite hypertrophique commune diffuse est constituée.

D'autres fois les caractères de cette hypertrophie ne se manifestent qu'en certains endroits et de préférence à la tête et à la queue des cornets inférieurs ou moyens. On dirait que la muqueuse enveloppante est trop grande pour le cornet qu'elle entoure. On aperçoit parfois, appendus à la muqueuse, de véritables polypes ou bien des saillies unies ou muriformes, rouges et dures au début, blanches et molles à la 2e période et d'autant moins érectiles qu'elles sont dans un stade plus avancé.

Il n'est pas rare, à cette époque, de constater en même temps un épaississement de la muqueuse de la cloison, surtout dans sa partie choanale (ailerons de la cloison) qui concourt encore à accentuer l'obstruction nasale.

Ces modifications locales ne vont pas sans de grands troubles apportés à l'état général et au développement de l'enfant qui respire directement par la bouche un air froid et souvent vicié.

Le petit malade prend le facies adénoïdien : bouche ouverte, lèvre supérieure trop développée, voûte palatine profonde, mauvaise dentition, mauvaise haleine, nez atrophié manquant de saillie sur le reste de la face. Les yeux larmoyants sont collés le matin. La gorge est sèche, et l'enfant se plaint fréquemment de troubles laryngés.

Cette affection peut se compliquer également de troubles auriculaires du côté de la trompe et de l'oreille moyenne (catarrhes tubaires et tubo-tympaniques, otites catarrhales, etc.) et enfin de troubles réflexes nombreux : névralgies diversement localisées, maux de tête, dyspnée, asthme, etc.

Tel est le tableau nosologique de la marche de la rhinite hypertrophique dans la seconde enfance.

Dans la première enfance, ce tableau est ordinairement différent et la rhinite hypertrophique est un symptôme plus ou moins tardif et la conséquence du coryza chronique avec hypersécrétion; c'est une partie d'un tout : *catarrhe généralisé du tissu muqueux*, l'une des manifestations de la scrofule à sa première période.

Le plus souvent, en même temps, le cavum est bourré de végétations adénoïdes, les amygdales linguales et palatines sont hypertrophiées. La respiration nasale est supprimée ; le nourrisson ne peut plus téter; l'enfant dépérit.

L'ensemble de la muqueuse nasale est tuméfié et mou ; partout les sécrétions sont augmentées en quantité; souvent même de muqueuses elles deviennent muco-purulentes et même purulentes.

L'orifice prévestibulaire des fosses nasales est couvert de croûtes et il peut arriver qu'à la longue, il s'établisse entre les cavités inférieures et la cloison des synéchies accentuant encore l'obstruction nasale et la rendent définitive.

Dans le diagnostic de la rhinite hypertrophique dont le symptôme cardinal est l'obstruction nasale, il importe tout d'abord d'écarter les affections chirurgicales (traumatismes, déviations, crêtes de la

cloison... etc.): Vérifier ensuite s'il existe des végétations adénoïdes et se rendre compte, le cas échéant, de la part qui revient à chacune des deux affections, dans l'obstruction nasale.

Déterminer enfin autant que possible l'origine de l'affection.

L'hypertrophie du tissu adénoïde de l'anneau de Waldeyer disparaît ordinairement, au moins en partie, chez les adultes ; mais il n'en est pas toujours de même de la rhinite hypertrophique et le plus souvent elle est définitive si l'on n'intervient pas pour modifier cet état de choses.

Alors même que l'affection disparaîtrait chez l'adulte, l'enfant n'en aurait pas moins passé la première partie de sa vie dans des conditions désastreuses au point de vue de sa croissance et de son développement.

Il importe donc de traiter de bonne heure cette affection chez l'enfant, si l'on ne veut pas s'exposer à assister à l'évolution régulière des 4 stades de plus en plus redoutables du processus scrofuleux.

C'est d'abord à l'état général que l'on doit s'adresser. On donnera l'hiver de l'huile de foie de morue et les préparations iodées ; des bains salés aux petits scrofuleux qui seront de préférence envoyés au bord de la mer.

On s'abstiendra, dans les premiers mois de la vie, de sortir les enfants à l'air froid ou aux poussières afin de les préserver des coryzas.

Eviter les grands lavages du nez et l'emploi des caustiques chez les petits enfants.

Le mélange suivant :

℞ Huile de vaseline stérilisée.	100 gr.
Menthol	1 gr.

dont on instille une 1/2 cuillerée à café dans chaque fosse nasale à l'aide de la petite seringue de Marfan, remplit assez bien le double rôle de déboucher la fosse nasale et de faire l'antisepsie de cette cavité. Aussi est-ce à peu près le seul traitement de douceur à employer chez les petits enfants.

Lorsque l'enfant est plus âgé, on peut, après l'avoir débarrassé préalablement des végétations adénoïdes, cautériser au galvanocautère par bandes parallèles la muqueuse hypertrophiée, s'il s'agit d'une hypertrophie diffuse. Ces cautérisations seront précédées pendant quelques jours de l'application d'une pommade et suivies d'aspirations d'une poudre antiseptique des fosses nasales :

℞ Vaseline blanche.	20 gr.
Acide borique pulvérisé.	2 gr.
Menthol	āā 0 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne	

Gros comme un pois matin et soir dans chaque fosse nasale.

℞ Aristol . . . . } ãã 5 gr.
Sucre de lait . . . . }

Priser une petite pincée deux fois par jour.

S'il s'agit d'une hypertrophie circonscrite, on fera l'ablation à l'aide d'un serre-nœud (anse froide ou anse chaude) suivant la consistance et la pédiculisation de la tumeur.

L'emploi de ces méthodes chirurgicales donne le plus souvent, au bout d'une ou plusieurs séances, de bons résultats immédiats, en ce sens qu'elles restituent à l'enfant la perméabilité de ses fosses nasales. Mais celles-ci présentent l'inconvénient, quelquefois regrettable, de supprimer à jamais des portions d'organes, malades il est vrai, mais qui pourraient peut-être, après avoir été régénérées par un traitement, rendre des services dans l'avenir.

Le traitement aérothermique (1), préconisé l'année dernière par mon maître M. Lermoyez et moi contre certaines affections des fosses nasales, m'a donné d'excellents résultats chez certains enfants atteints de rhinites hypertrophiques de différente nature.

Ce traitement, essentiellement conservateur, est particulièrement indiqué ici, en premier lieu à cause de son innocuité et ensuite par sa douceur. Avec un peu de patience et en prenant certaines précautions, les enfants qui sont, au début, effrayés quelque peu par l'appareil et aussi par le contact de la chaleur, s'habituent très bien à supporter l'insufflation dès qu'ils se sont aperçu qu'elle était, en somme, absolument indolore.

Nous nous sommes proposé d'agir au moyen de la chaleur, sur les muqueuses, plus profondément et d'une manière plus durable qu'on ne l'a fait au moyen des procédés employés jusqu'à ce jour, soit par l'action de l'eau chaude, ou de l'air chargé de vapeurs médicamenteuses, soit par l'action d'une circulation d'air chaud à température modérée.

Or, nous savons que les muqueuses supportent d'autant mieux la chaleur que cette chaleur est plus sèche. Nous employons donc de l'air sec et porté à une température comprise entre 70 et 90°.

Cet air, emmagasiné dans un réservoir ou fourni par la Compagnie de l'air compriné, est lancé avec pression dans l'appareil que nous avons fait construire à cet effet.

Cet appareil (fig. 1) se compose d'un serpentin en cuivre rouge enfermé sous un chapeau et chauffé par la flamme d'un bec Bunsen. L'air chauffé dans ce tube sort à travers un tube métallique souple terminé par une canule spéciale aux température et pression convenables que l'on peut régler facilement à l'aide d'un dispositif spécial.

Le jet d'air chaud est dirigé dans la fosse nasale sous le contrôle de la vue et appliqué sur les parties malades en maintenant l'extré-

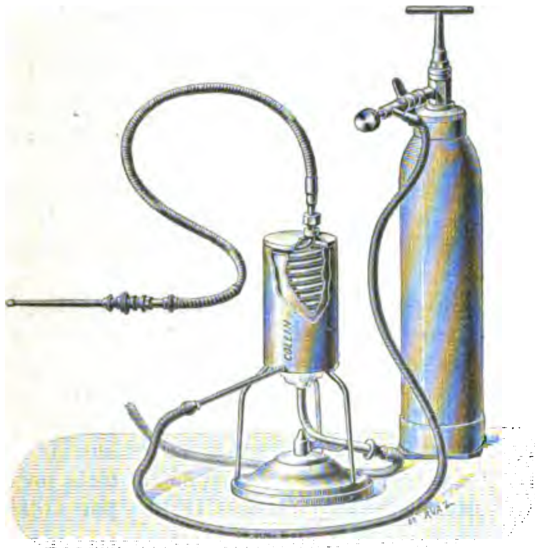
(1) Lermoyez et Mahu. Nouvelle méthode de traitement des affections du nez par des applications d'air chaud. — *Annales des maladies de l'or., du larynx, du nez et du pharynx,* (T. XXVI, n° 7, juillet 1900.)

mité de a canule à 2 ou 3 millimètres de distance de leur surface.

Les séances faites tous les deux jours ont une durée de 2 à 3 minutes.

Les effets de l'air chaud sur la pituitaire malade sont différents suivant le stade auquel on intervient.

A la période *congestive* on voit au début de l'application la muqueuse devenir sèche, rougir et se tendre : elle apparaît alors lisse et brillante. Si l'on élève la température et que l'on continue plus longtemps l'insufflation, le patient accuse une sensation de sécheresse, d'intensité variable, qui fait bientôt place à un écoulement aqueux plus ou moins abondant.



Ces deux effets successifs — contraction de la muqueuse et flux aqueux — semblent être une manifestation de défense de cette muqueuse contre l'action de la chaleur.

Le flux aqueux a une durée variable de quelques minutes à plusieurs heures ; dès qu'il a disparu, la respiration nasale se fait plus largement, la muqueuse revient peu à peu à l'état normal, puis tout rentre dans l'ordre.

Si le résultat du traitement est positif, il se produit une rétraction accompagnée d'une certaine anesthésie de la pituitaire, action analogue à celle de la cocaïne ; mais la rétraction, au lieu d'être purement passagère, devient de plus en plus durable, au fur et à mesure qu'on multiplie le nombre des séances jusqu'à ce que le soulagement devienne définitif.

Ce résultat, nous l'avons obtenu quelquefois très rapidement,

en 5 ou 6 séances, d'autres fois plus difficilement, en 12 ou 15 séances.

Quand nous parvenons ainsi à obtenir un soulagement appréciable et continu, nous laissons le malade en expectation, d'abord pendant une semaine, puis durant des périodes de plus en plus longues. Aussitôt après la guérison, la muqueuse rétractée est rouge foncé; elle reste ainsi pendant quelque temps, puis revient à l'état normal.

Lorsque, dans les cas de rhinite hypertrophique proprement dite, on se trouve en présence d'une muqueuse blanche, molle, macérée, les choses se passent un peu différemment. Tout d'abord l'effet de l'air chaud est un peu plus lent, ce qui s'explique facilement *a priori*, les tissus ayant perdu de leur élasticité.

Ici, ce qui frappe en premier lieu, c'est l'apparition presque immédiate d'un flux muqueux abondant dont le liquide a la consistance du blanc d'œuf. Si l'on continue l'application, on finit généralement par sécher la surface de la muqueuse qui se tend légèrement.

Dans les cas favorables, au cours de l'application du traitement, on voit peu à peu la muqueuse, de blanche devenir rosée, puis d'autant moins molle que son état de dégénérescence était moins avancé.

Qu'il s'agisse d'hypertrophies diffuses ou d'hypertrophies localisées (têtes ou queues de cornets), il est des cas anciens où, bien que les symptômes subjectifs cardinaux — éternuements et rhinorrhée — aient à peu près disparu, on ne peut arriver à modifier profondément la muqueuse, celle-ci ne possédant plus aucun ressort.

Il faut alors, sans hésiter, recourir au traitement chirurgical.

Nous donnons ci-dessous les résumés de trois observations-types choisies parmi celles d'enfants traités par notre procédé.

OBSERVATION I. — *Coryza chronique.*

D... René, 5 ans. — Enfant lymphatique, sans antécédents héréditaires ni personnels déclarés par la mère, vient, le 6 novembre 1900, à la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Antoine pour obstruction nasale avec rhinorrhée, éternuements fréquents. Il a la voix nasonnée, ronfle la nuit et suffoque par instants.

Objectivement rien dans le cavum ; mais à l'examen rhinoscopique on note une dégénérescence angiomateuse marquée de la pituitaire avec tuméfaction des cornets qui sont mous et détrempés.

On commence le 22 décembre des applications d'air chaud, qui sont tout d'abord assez mal tolérées par le petit malade tenu par un aide dans la position ordinaire pour la rhinoscopie. Il s'habitue peu à peu au traitement, et, le 17 janvier 1901, après cinq séances d'une durée totale de 2 à 3 minutes chacune, l'enfant éternue moins fréquemment. Il dort mieux la nuit. La voix est

moins nasonnée. Il peut respirer par le nez, la bouche fermée. Objectivement les cornets ont diminué de volume.

Après trois autres séances, on donne un repos de huit jours. Le 20 mars, l'enfant a été revu après cessation de tout traitement. Il respire assez bien par le nez, et la guérison s'est en partie maintenue. Toutefois, il y aura lieu, vraisemblablement, d'avoir de nouveau recours, dans quelques mois, aux applications d'air chaud, dans le cas probable où l'on constaterait une recrudescence de la tuméfaction.

OBSERVATION II. — *Rhinite hypertrophique avec synéchies nasales.*

Le petit B... Marcel, âgé de 5 ans et demi, est un enfant strumeux, avec abcès froids cervicaux que j'ai opéré de végétations adénoïdes, il y a dix-huit mois, pour cause d'insuffisance de respiration nasale. Mais à la suite de l'opération qui a apporté quelque soulagement, l'obstruction nasale est revenue, s'est accentuée de plus en plus jusqu'à accolement des cornets inférieurs contre la cloison nasale. Il y a arrêt de développement du nez. Les sécrétions ne pouvant s'écouler se dessèchent et concourent à accentuer encore l'obstruction des fosses nasales.

On sent, par l'introduction du stylet, qu'il s'est produit des synéchies de chaque côté, synéchies qu'il est impossible de voir à l'aide du spéculum, à cause de l'accolement signalé plus haut.

Cet examen que nous jugeons indispensable avant de pratiquer la rupture des synéchies, afin de pouvoir nous rendre compte de l'étendue de chacune d'elles, ne peut être fait que de deux manières : soit en rognant une partie des cornets hypertrophiés, soit en obtenant leur rétraction.

Nous pensons à l'action de l'air chaud, et, au bout de cinq applications que l'enfant supporte bientôt patiemment dès qu'il s'est aperçu qu'elles sont indolores, il nous est possible de voir et de mesurer l'étendue des synéchies.

Nous les détruisons le 8 janvier 1901, sous le chloroforme, et l'enfant, revu à la date du 20 avril, respire très suffisamment par le nez.

Le 10 juillet 1901, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION III. — *Rhinite congestive à bascule.*

Mlle D. . Marie-Thérèse, âgée de 15 ans 1/2, vient consulter le 17 novembre 1900 pour gêne intermittente bilatérale de la respiration nasale.

Elle souffre, par crises, d'obstruction nasale accentuée tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Ces enchifrénements, précédés ou suivis de nombreux éternuements, ne comportent pas d'écoulement ; ils surviennent surtout la nuit vers 4 heures du matin, et sont parti-

culièrement violents, au moment des règles, apparues à 15 ans et régulières depuis lors.

L'enfant a bonne santé, elle est forte pour son âge. Elle est fille de rhumatisants.

Le pharynx est granuleux, le cavum est libre. Les cornets inférieurs sont tuméfiés et légèrement blanchâtres.

Le 22 novembre, on commence des applications d'air chaud. Les séances sont poursuivies régulièrement de 2 en 2 jours et, le 13 décembre, après 7 séances de trois minutes chacune, on constate une sensible amélioration : les éternuements ont cessé ; l'obstruction nasale n'a pas complètement disparu, mais elle ne gêne plus la jeune malade, qui constate elle-même la suppression de l'ensemble des symptômes qui constituaient *la crise*.

Le 10 janvier 1901, après 4 autres séances d'air chaud, tout enchifrénement a disparu ; plus d'éternuements. La muqueuse est en parfait état et peut être considérée comme normale.

Trois mois après, la guérison avait persisté.

THÉRAPEUTIQUE

LES INJECTIONS PRÉVENTIVES DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

Par le Dr E. AUSSET, professeur agrégé,

Chargé de cours à l'Université de Lille.

La question des injections préventives de sérum antidiphtérique, soulevée à la Société de Pédiatrie, présente un intérêt et une portée considérables, et il importe que tous apportent la contribution de leur expérience afin qu'on puisse établir ultérieurement une règle de conduite définitive.

Je n'ai pas eu l'occasion d'observer de cas de diphtérie naissant dans des agglomérations d'enfants telles que lycées, crèches, hôpital, écoles diverses. Je ne puis apporter ici que deux faits que je crois très intéressants et surtout très probants au point de vue de la nécessité qu'il y a, à mon avis, de pratiquer des injections préventives de sérum antidiphtérique.

Le 11 janvier 1899, j'étais appelé dans une famille de Lille pour une fillette de 4 ans, se plaignant depuis la veille d'un très fort mal de gorge. Je constatai un exsudat membraneux grisâtre tapissant l'amygdale droite et quelques points sur l'amygdale gauche ; une température de 38°3 et un ganglion angulo-maxillaire droit déjà notablement tuméfié. Sans attendre le résultat de l'examen bactériologique, je pratiquai immédiatement une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

L'examen ultérieur me montra qu'il s'agissait de Lœffler associé à des cocci divers. Il y avait deux autres enfants dans cette famille : un petit garçon de 8 ans et un bébé de 11 mois, encore allaité par la mère. Je conseillai d'éloigner immédiatement le garçon de 8 ans chez des parents habitant également Lille : ce qui fut fait le jour même. Puis comme la mère ne voulait pas quitter la maison de sa petite malade, que d'autre part elle allaitait le bébé de 11 mois, je pratiquai une injection préventive de sérum de Roux de 5 centimètres cubes. Eh bien ! je regrette encore très vivement de n'avoir pas inoculé préventivement le petit garçon de 8 ans. Voici en effet ce qui se passa :

Le 14 janvier, on avertissait les parents que ce dernier souffrait de la gorge. Je me rendis le voir, et je constatai une rougeur diffuse de la gorge et un léger exsudat peu caractéristique. On conçoit, cependant, qu'en raison de la diphtérie de la sœur, je ne devais pas hésiter, et, de fait, une heure après, l'enfant avait reçu une injection de sérum de 20 centimètres cubes. L'angine diphtérique évolua normalement, en tant que diphtérie ; mais l'amygdale pharyngée se prit ; cet enfant, déjà porteur de végétations adénoïdes, les vit s'accroître, et une adénoïdite aiguë intense, d'infection secondaire, prolongea de beaucoup la maladie de cet enfant ; en effet, je ne pus lui permettre de sortir que le 20 février suivant, c'est-à-dire après plus d'un mois.

Le bébé de 11 mois, au contraire, resta avec sa mère qui, tout en prenant d'extrêmes précautions, en se changeant de vêtements, en se lavant antiseptiquement les mains et la figure, n'en continuait pas moins à fréquenter sa petite diphtérique. Or le bébé, inoculé préventivement, ne contracta pas la diphtérie.

Les objections sont toujours faciles, même en face des faits les plus éclatants, et je sais bien que l'on pourra me dire que rien ne prouve que le bébé aurait pris la diphtérie s'il n'avait pas été inoculé préventivement. Je répondrai que les contacts fréquents de la mère l'exposaient bien plus que le frère de 8 ans qui fut séparé dès le début et qui cependant eut la diphtérie ; et, enfin, j'ajouterai que presque sûrement si ce garçon de 8 ans avait été inoculé préventivement, il n'aurait pas fait de diphtérie, et n'aurait pas eu l'inconvénient de son adénoïdite consécutive, laquelle lui a laissé maintenant des végétations très grosses que les parents se résoudront à laisser enlever, je l'espère, tandis qu'avant il avait une amygdale pharyngée un peu hypertrophiée, mais ne le gênant presque en rien.

Au reste, je ne vois pas pourquoi nous nous évertuons à rechercher si minutieusement si l'on doit oui ou non pratiquer des injections préventives. S'il est acquis que nous possédons dans le sérum antidiphtérique un remède efficace et sans danger, pourquoi nous priver de son action alors même que nous ne serions pas complètement assurés de son opportunité dans tel

ou tel cas déterminé? Or, je tiens à déclarer ici publiquement que le sérum antidiphtérique est inoffensif et qu'on peut l'employer avec la même innocuité qu'on donnera à un malade une dose d'antipyrine, de salol ou autres médicaments susceptibles cependant parfois de donner lieu à des petits accidents d'intoxication, caractérisés par des éruptions diverses. Et si je fais aujourd'hui cette déclaration, c'est qu'il y a cinq ans, au Congrès de Nancy, en même temps que dans une thèse d'un de mes élèves, j'ai rapporté l'observation d'un malade que je croyais alors *sincèrement* et *consciencieusement* avoir succombé à une intoxication sérothérapique. Mon expérience d'alors était très limitée, comme celle de beaucoup de ceux qui parlaient des accidents sérothérapiques, cela se conçoit puisqu'on était au milieu de 1896 et qu'il n'y avait que 18 mois qu'on appliquait la méthode. D'autre part, la préparation du sérum qu'on nous fournissait n'avait sans doute pas encore atteint le degré de perfection qu'elle possède actuellement, car il est certain que dans beaucoup de cas on observait des exanthèmes, des arthralgies, des accidents divers dus au sérum, dus au véhicule de l'antitoxine (puisqu'on en observe d'analogues avec le sérum artificiel). Les craintes pouvaient donc alors être justifiées dans une certaine mesure, et *tout en approuvant hautement l'emploi du sérum dans la diphtérie*, on pouvait avec quelque apparence de raison en refuser l'application *préventive* de même que l'injection à tous les cas *seulement suspects*. Mais aujourd'hui la face des choses a changé : des milliers et des milliers d'inoculations ont été faites et les détracteurs sur ces centaines de mille d'injections en sont à chercher les 5 ou 6 cas publiés contre la sérothérapie. En 1896 je faisais rarement une injection sans avoir un petit accident; actuellement que des modifications ont été apportées à la préparation du sérum, je reste des mois sans observer même une éruption, et il y a plus de deux ans que je n'ai pas observé de ces grands accès d'arthralgies qu'on observait au début. Mon expérience porte actuellement sur près de 500 cas, tant à l'hôpital qu'en clientèle ; c'est là un chiffre, n'est-il pas vrai, d'après lequel on peut porter une appréciation justifiée.

Les adversaires des injections préventives objectent que dans les familles on peut toujours surveiller les enfants et à la première manifestation faire l'inoculation ; certes, dans beaucoup de cas, on pourra, avec cette façon d'agir, ne pas avoir d'accidents; mais on pourra tomber sur des diphtéries hypertoxiques qui, en quelques heures, en un jour ou deux, peuvent amener des désastres, avant que le sérum inoculé même en hâte ait eu le temps de produire son action.

Au commencement de cette année, je voyais avec mon excellent collègue et ami, le Dr Oui, un bébé de 2 ans 1/2 atteint de diphtérie. A midi, mon collègue avait constaté une angine pres-

que insignifiante avec quelques petits points blancs, sans retentissement du côté de l'état général ; température 36°4, enfant très gai. Or, le soir, tous les phénomènes s'étaient considérablement aggravés, toute la gorge était envahie, et le larynx commençait à se prendre. Nous fîmes immédiatement une injection de sérum antidiphtérique (20 cent. cubes), et instituâmes une médication antispasmodique pour calmer le tirage et éviter, si possible, l'intervention. Malgré cela, les phénomènes s'accentuèrent et l'enfant dut être tubé le lendemain. D'autre part, l'intoxication diphtérique faisait constamment des progrès; chose rare, 24 heures après, les membranes n'avaient pas de tendance à se détacher, il y avait de la bronchite généralisée et nous dûmes injecter 20 autres centimètres cubes. Ce n'est que 48 heures après la première injection que les phénomènes commencèrent à céder. L'enfant guérit, mais fut très long à se relever, ayant été profondémeut touché par l'intoxication diphtérique.

Eh bien, quand, dans une famille, on a un diphtérique et qu'on veut se contenter de surveiller les autres enfants sans injecter de sérum préventivement, qui dit que, d'un instant à l'autre, on ne va pas voir éclater une diphtérie hypertoxique comme chez ce petit malade ? Chez lui, le sérum fut injecté très rapidement, moins de 12 heures après la première constatation morbide, et cependant l'organisme était tellement atteint qu'il fallut 40 centimètres cubes pour venir à bout du mal, et que l'enfant en resta très affaibli.

Cette observation ne se rapporte pas aux cas qui se manifestent parce qu'on n'a pas injecté le sérum préventivement; nous l'avons rapportée cependant parce qu'elle est une preuve éclatante que chez un enfant très surveillé, *soigné dès le début*, on peut assister à l'évolution d'une diptbérie très grave, pouvant tuer le malade ou le débilitant d'une façon très inquiétante. Quelle différence, au contraire, si le sérum a été injecté préventivement ! Ou bien l'enfant n'est pas atteint, ou bien, si le sérum a été injecté alors que le mal était en incubation, on assiste à une évolution bénigne de tous les accidents.

Les adversaires des injections préventives ont donc tort de se fier sur leur observation minutieuse et journalière des enfants ayant été en contact avec des diphtériques. J'avoue que souvent, s'ils injectent très vite le sérum, ils pourront éviter une maladie grave, mais ils pourront tomber sur une diphtérie hypertoxique comme celle que nous venons de relater et avoir parfois à déplorer la mort de leur malade. Que craignent-ils donc en injectant préventivement ? Des petits accidents d'exanthème. Outre qu'actuellement ils sont très rares, comparativement à ce qu'ils étaient il y a 5 ans, qu'est cela à côté de cette menace constante et de cette anxiété qui doit les étreindre s'ils voient tout à coup évoluer une diphtérie grave qu'ils auraient pu éviter ?

Je conclurai donc : quand, dans une famille, un cas de diphtérie se déclare, il y a tout intérêt à pratiquer une injection préventive de sérum aux frères et sœurs du malade. *Cette pratique ne présente aucun risque sérieux*, tandis qu'en s'abstenant on court le risque de voir apparaître une diphtérie grave mettant les jours de l'enfant en danger. La dose à injecter sera le plus habituellement suffisante avec 5 centimètres cubes. Cela n'empêchera pas d'éloigner du malade les autres enfants, car on se souviendra que l'action préventive du sérum ne dure qu'environ 3 semaines, tandis que le malade peut rester contagieux bien plus longtemps.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

LA MÉDICATION MARINE CHEZ LES ENFANTS (1

Par E. PERIER.

Nous avons dans notre pays des plages sans rivales où, suivant la division côtière, on trouve des bains à lame forte, faible ou nulle, une température fraîche, tiède ou chaude, un air vif, excitant, ou simplement tonique et même sédatif. Nous avons même sur le littoral méditerranéen des stations où les enfants peuvent, à la condition de choisir le jour et le moment propices, être baignés en hiver.

Je sais bien qu'Ostende et Blankenbergue sont des bains de mer à la mode ; j'ai des clients qui vont à Margate, j'en connais qui conduisent leurs enfants à Savone...., ce qui n'empêche que nous ayons, je le répète, sur nos côtes les plages les plus convenables pour tous les besoins des enfants.

Côte septentrionale.

Dunkerque. — La plage de *Malo-les-Bains* à Dunkerque est une des plus belles de la région du nord de la France. Faite de sable comme celles de Boulogne et de Berck, elle convient parfaitement aux enfants lymphatiques, mous, qui ont besoin d'une stimulation énergique.

Gravelines (Pas-de-Calais) possède une plage : *Petit-Fort-Philippe*, qui est tout à fait tranquille, parfaitement convenable pour des enfants.

Calais est aussi une plage de sable, et entre cette station et Boulogne, on trouve *Wissant*, *Audreselles*, *Ambleteuse*, *Wimille-Wimereux*, qui sont peu connues, peu fréquentées, mais tout à fait appropriées aux besoins d'enfants que l'on veut faire vivre au dehors en liberté sans être astreint à observer l'étiquette.

Il faut savoir que ces dernières plages présentent des bancs

(1) Suite. Voyez le no précédent.

qui donnent lieu à des courants dangereux, non pas précisément pour les petits enfants qu'on ne quitte pas, mais pour les baigneurs imprudents qui s'aventurent à quelque distance du rivage de façon à perdre pied, alors qu'ils ne sont pas encore bons nageurs.

Boulogne (Pas-de-Calais) est située à l'embouchure de la Liane et divisée en *ville haute* et *ville basse.*

La ville haute offre, dans la partie ancienne, étagée sur la colline, un abri plus sûr, pour les sujets débiles, que la ville basse où l'air est plus vif et où l'atmosphère marine se fait davantage sentir. Le climat est assez variable, il faut s'attendre à y trouver souvent de la pluie ou de la brume. S'il s'agit de la plage, elle est très étendue, en pente douce, et couverte de sable fin.

Boulogne est une station tonique par excellence, qui convient aux enfants anémiques, lymphatiques, atteints de scrofulo-tuberculose sans rien au poumon, en un mot, à ceux qui, ayant besoin d'un coup de fouet, sont capables de le supporter. Du reste, de même qu'il y a un refuge pour les faibles dans la ville haute, il y a, pour eux aussi, une installation parfaite de bains de mer chauds et de douches, soit qu'on veuille les préparer ainsi aux bains à la lame, soit qu'on se contente de cela pour eux.

Le Touquet (Pas-de-Calais) est une jolie plage de sable fin sans galets, située aux pieds des phares de la Canche. Protégée par deux forêts de pins. Cette plage, aussi jolie qu'elle est peu connue, est tout à fait à recommander aux familles qui ont le désir de conduire leurs enfants à la mer pour leur santé et non pour le monde.

Berck (Pas-de-Calais). Cette plage est circonscrite à l'est par une zone de dunes dont la largeur varie de 100 à 400 mètres ; de la cime de ces dunes, on embrasse d'un coup d'œil une longue étendue de sable qui, mesurant de l'embouchure de l'Authie au sud, à celle de la Canche au nord, une ligne droite de 21 kilomètres, peut, par les plus fortes marées, avoir de 1.400 à 1.600 mètres de large et présente en tout temps une surface unie sans galets ni rochers. En arrière des dunes et avant d'arriver au village qui donne son nom à la plage, on rencontre de fertiles prairies dues à des relais de mer. L'orientation de la plage est plein ouest, de sorte que l'horizon n'est borné qu'au nord par les falaises du Boulonnais, et au sud par celles du Tréport et de Dieppe. Les marins du pays affirment qu'elle est à la fois préservée des vents froids du nord et de l'est, et ne se ressent jamais des tempêtes qui soufflent du sud-ouest ; on comprend cependant qu'à cette latitude, la température du rivage ne soit jamais extrêmement élevée, mais ce qui est constant et digne de remarque, c'est que par les plus grands froids, elle ne s'abaisse jamais au-dessous de 9° et reste la plupart des hivers entre + 4° et — 4°. Cette circonstance explique comment nos enfants peuvent, pendant la

plus grande partie de l'hiver, continuer à vivre en plein air, sur la plage, et je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance de ce fait pour ceux des scrofuleux dont la maladie exige un traitement prolongé.

Un avantage de cette plage, c'est de ne pas présenter de cours d'eau arrivant de l'intérieur des terres et pouvant apporter, à marée basse, un tribut infect et malsain de vase et d'immondices.

Comme à Boulogne, à Berck la lame est forte, l'air vif; c'est, en somme, une excellente station tonique et parfaitement appropriée aux sujets atteints de lymphatisme ou de scrofulo-tuberculose, mous, torpides, avec un poumon sans tare et en puissance de leurs moyens de résistance.

Dans le département de la Seine-Inférieure on trouve plusieurs stations de bains de mer.

Berneval, à 10 kilomètres de Dieppe, offre une plage en demi-cercle couverte de sable fin et solide qni se montre seulement à marée basse. Cette station est préférable à la petite plage du Tréport, qui est couverte de galets, *Varengeville*, *Dieppe* et *Pourville Saint-Valery*, *Veulettes*, les *Petites-Dalles*, *Fécamp*, *Etretat*, sont dans les mêmes conditions de climat, l'air y est vif et tonique partout, la lame forte, mais le sable est remplacé par des galets. C'est là un gros inconvénient. L'enfant qui n'aura pas de sable pour jouer, qui ne pourra pas courir nu-pieds sur la plage, ne trouvera point d'attrait au bord de la mer, et son traitement lui paraîtra une ennuyeuse corvée, alors qu'il peut être un véritable plaisir.

La petite plage du *Havre* ne sert qu'aux habitants de ce port.

Dans le Calvados, à *Villerville*, *Trouville*, *Deauville*, on trouve déjà du sable fin qui se mélange aux galets.

Trouville a un climat un peu plus doux que les stations précédentes, de sorte que le séjour y est tonique, mais moins excitant. La lame y est également forte.

Cette station, qui est une des plus recherchées, a cependant un inconvénient dont il faut dire un mot. De temps en temps on y observe des cas de fièvre intermittente. Les cas que j'ai eu l'occasion de constater, dont un avec le regretté J. Simon, nous ont paru dépendre du mélange des eaux de mer avec les eaux de la Touques, à l'embouchure de laquelle est située la ville.

Deauville qui est tout à côté, n'a pas, au même degré, cet inconvénient.

Villers est une plage charmante, mais qui n'offre pas une parfaite sécurité pour les enfants, en raison des bancs de sable qui se déplacent et des courants dont il faut se défier pour les nageurs imprudents.

Cabourg, situé à l'embouchure de la Dives, est au centre d'une vaste plaine de sable.

Houlgate, dépendance du village de Beuzeval, est également une jolie plage sablonneuse, très fréquentée.

Le Home à 4 kilomètres de Cabourg, offre une jolie plage de sable fin.

Lion-sur-Mer, *Luc-sur-Mer*, *Langrune*, *Saint-Aubin* et *Courseulles* sont de jolies petites plages sablonneuses, tranquilles, peu accidentées et dès lors fort recommandables. Elles offrent peu d'ombrages, mais elles sont aussi moins envahies que les stations à la mode : aussi conviennent-elles aux enfants pour lesquels on cherche une vie tranquille et exempte des obligations mondaines.

J'en dirai autant d'*Arromanches*.

Avec *Granville*, nous quittons le Calvados et nous sommes dans le département de la Manche, sur une petite presqu'île à l'entrée nord de la baie du mont Saint-Michel. La plage est sablonneuse, mais assez limitée, et en outre c'est un port de mer, circonstance fâcheuse pour un séjour d'enfants.

Saint-Pair, situé en face de Granville, du côté de la Bretagne, à 2 kilomètres seulement, en est, on peut dire, une annexe et offre une plage de sable plus étendue, parfaitement tranquille.

Paramé (Ille-et-Vilaine) a une jolie plage de sable fin et si dur que, à marée basse, on peut s'y promener à cheval ou en voiture. Il y a là aussi de nombreuses excursions, et on y vit tranquille.

Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), situé à l'embouchure de la Rance, offre une fort belle plage très étendue, très pittoresque, recouverte cependant de galets en certains points. Le climat est plus doux que sur la côte normande souvent pluvieuse.

Dinard, qu'on a surnommé le « Trouville breton », est situé en face et à 2 kilomètres de Saint-Malo, de l'autre côté de la Rance que l'on traverse sur de petits bateaux. En dehors de deux magnifiques plages, Dinard offre de nombreux buts d'excursions dans la campagne avoisinante, qui est fort jolie ; néanmoins, pour les enfants, je n'aime pas ces stations mondaines où ils sont peu à leur place. En outre, je dois signaler le voisinage de la Rance qui offre l'inconvénient, déjà indiqué, de favoriser la malaria par le mélange des eaux salées et des eaux douces.

Saint-Enogat. — J'en dirai autant de Saint-Enogat, petite plage qui est pour ainsi dire le faubourg de Dinard dont elle est distante de 1. 500 mètres environ. C'est une véritable plage d'enfants, faite de sable fin et offrant des promenades agréables dans la campagne.

Aussi y voit-on beaucoup d'enfants qui viennent s'y réfugier après avoir tâté de Dinard où ils étaient peu à l'aise, comme d'ailleurs dans toutes les stations à la mode. Plus loin encore, toujours sur la même côte, nous trouvons encore une plage parfaite, qui n'a qu'un inconvénient : c'est qu'il faille une heure de plus pour y arriver.

Saint-Lunaire. — Saint-Lunaire est une de ces stations où tout

semble être préparé pour les enfants. Située dans le fond d'une petite baie, la plage y est large, couverte d'un sable fin, en pente à peine sensible, si bien qu'à marée basse, lorsque la mer a abandonné la place aux enfants, ils sont tout à fait à leur affaire.

Saint-Briac (Ille-et-Vilaine), situé à 3 kilomètres de Saint-Lunaire, est aussi une station encore assez peu courue pour que les enfants n'y soient pas gênés par la foule.

Morgat (Finistère) possède une des plus jolies plages de la Bretagne. Elle est encadrée par de hautes falaises, et ainsi elle est sûre et bien abritée.

Le Pouldu (Finistère), *Larmor* et *Port-Louis* (Morbihan), sont également de charmantes petites stations ayant de jolies plages de sable fin et offrant des conditions exceptionnelles de vie simple et à bon marché.

Port-Ravalo (Morbihan), possède aussi une jolie plage de sable fin.

Le Croisic (Loire-Inférieure) a une plage de sable fin peu inclinée, une lame moins forte que dans les stations normandes ou bretonnes et un établissement d'hydrothéraphie marine au grand complet avec piscine qui est vidée à marée basse et qui se remplit à marée haute, grâce à une écluse permettant à l'eau de mer d'arriver.

Le Pouliguen (Loire-Inférieure), doit sa prospérité à sa plage, à son parc ombragé qui attirent les familles en quête d'une station paisible.

La Baule. Entre le Pouliguen et Pornichet, se trouve une petite et riante station balnéaire avec des dunes couvertes de pins et une plage de sable fin que des rochers protègent de chaque côté: c'est la Baule. Cette station charmante paraît offrir tous les avantages réunis. La vaste plage de sable où les enfants passent toute leur journée à construire ces édifices et ces travaux d'art qui les intéressent tant, et les bois de sapins qui couvrent une superficie de plusieurs centaines d'hectares, font de cette station un endroit incomparable pour les jeunes sujets qui ont besoin d'être acclimatés avant de pouvoir supporter sans préjudice le traitement marin absolu. Je connais des enfants qui auraient pu craindre de se trouver d'emblée sur une plage exposée toute la journée à l'air marin, et qui ont pu, en habitant une villa située dans les sapins, à quelques centaines de mètres de la plage, s'aguerrir suffisamment pour arriver sans accidents nerveux ou pyrétiques, à passer toute leur journée au bord de la mer.

Pornichet. — Pornichet est situé de l'autre côté de la Baule, a l'autre extrémité de ces bois, et a aussi une exellente plage de sable fin résistant au pied, ce qui convient pour les enfants.

La Baule et Pornichet sont sans contredit les deux meilleurs plages du littoral au point de vue des besoins des enfants.

De l'autre côté de la Loire, on trouve encore quelques stations,

moins bonnes peut-être à cause du voisinage de Saint-Nazaire, du port, de l'embouchure du fleuve. De plus, les marais salants qui s'y trouvent peuvent avoir des inconvénients.

Côte occidentale.

Les Sables-d'Olonne. — Passons Pornic qui, malgré ses cinq plages ou plutôt les cinq criques qui lui servent de plage, n'offre pas les qualités d'une plage d'enfants, et arrivons aux Sables-d'Olonne.

Aux Sables-d'Olonne (Vendée), malgré le port, on trouve, grâce à l'immense étendue de la plage de sable, d'autant plus d'espace pour les enfants que, malgré l'invitation des habitants, les étrangers ne viennent pas beaucoup.

« Cette plage, dit Rotureau, la plus vaste et la plus belle de France, et probablement d'Europe, la vie à bon marché dans cette partie de la Vendée, ont depuis longtemps attiré les baigneurs des contrées voisines et fait des Sables une des stations marines les plus renommées, si elle n'est la plus suivie. La déclivité insensible de la plage est un grand avantage pour les enfants et pour ceux qui ne savent pas nager. Les accidents, en effet, sont impossibles pour ainsi dire, et la surveillance d'autant plus facile que la plage est plus largement découverte. »

Chatelaillon. — Toute nouvelle encore, la station de Chatelaillon, dans la Charente-Inférieure, est en plein développement. Les enfants y trouveront une jolie plage et des sapins. Mais on y construit déjà un casino, on va y attirer la foule de gens qui s'amusent, ce sera assez pour faire fuir nos petits malades.

Royan. — Située aussi dans la Charente-Inférieure, la station de Royan est sur la rive nord de l'embouchure de la Gironde. Il y existe cinq plages de sable fin que chauffe un ardent soleil : la *Conche de Foncillon*, la *Grande-Conche*, la *Petite-Conche*, la *Conche du Pigeonnier* et celle de *Pontaillac*, la plus belle.

La plage de Royan proprement dite ne convient qu'aux enfants auxquels on veut donner un bain de mer mitigé. On sait, en effet, que l'Océan forme à l'embouchure de la Gironde une vaste baie où les eaux de la mer et celles du fleuve se mélangent.

La température est chaude à Royan, mais les chaleurs ne sont jamais insupportables, grâce à l'agitation de l'air qui est entretenue et par le voisinage de la mer et par la proximité du fleuve.

A côté de Royan, station mondaine, il existe de charmantes plages où l'on peut s'installer modestement et très tranquillement.

Arcachon est aussi une station *d'été* de bains de mer, par sa ville, par son bassin qu'entoure une plage plate uniformément inclinée en pente douce, faite d'un sable fin et moelleux, sans vagues et dont l'eau sans cesse renouvelée a une température de 20°,7. « A Arcachon, disent les auteurs du *Dictionnaire des Eaux minérales*, la mer tiède et à peine agitée constitue un bain médicamenteux

qu'il est presque toujours possible de prolonger, et qui n'entraîne pas de mouvements violents de l'organisme dont la production exige une réaction violente. En outre, la situation du rivage, à l'abri d'élévations couronnées de plantations résineuses, assure à l'atmosphère une tranquillité et une égalité inconnues dans la plupart des autres stations, outre les qualités spéciales qu'y peuvent ajouter les émanations balsamiques dont elle est imprégnée. »

On peut se baigner à Arcachon du commencement de juin jusqu'au milieu de l'automne. Le bain de mer y est doux, la mer ayant perdu sa force n'y produit aucune vague.

Ces bains de mer spéciaux sont indiqués pour les enfants délicats, pour ceux qui sont débilités, aux convalescents devenus excitables par une maladie aiguë et à tous ceux à qui leur état contre-indique le bain de mer ou le séjour sur les plages plus toniques de l'Océan et surtout de la Manche.

Saint-Jean-de-Luz. — Saint-Jean-de-Luz offre une plage de sable fin et la possibilité d'une vie tranquille plus aisée qu'à Biarritz qui est une plage mondaine.

Biarritz, dans le golfe de Gascogne, qui est une station climatothérapique est aussi une station de bains de mer qui offre une belle plage couverte de sable fin, ou plutôt trois plages et trois établissements de bains de mer froids parfaitement aménagés avec la faculté précieuse de pouvoir continuer jusqu'au milieu de l'automne une cure maritime dans des conditions exceptionnelles. Un mot sur ces trois plages. La première, la plus au nord, se nomme la *côte des Fous*. Les vagues très fortes qui viennent déferler sur son rivage plat que couvre un sable fin rappellent les bains ou la mer des plages de la Normandie ou de la Bretagne : c'est la plage des enfants forts et résistants qui pourront également se baigner à la *côte des Basques* où la lame est violente et à percussion forte, où le sable est très fin. Entre ces deux plages se trouve la *côte du Port-Vieux* qui est une anse abritée dont le fond est en pente douce et la lame à peine sensible rappelant plutôt la Méditerranée que l'Océan.

C'est là la plage des enfants débiles et des sujets pusillanimes qui n'y courront aucun danger et qui y seront à l'abri du vent. Le seul inconvénient réside dans le mélange au sable de quelques galets.

Outre ce luxe de plages, Biarritz a deux établissements d'hydrothérapie chaude et enfin depuis un an les eaux chlorurées sodiques de Salies qu'on y a conduites à grands frais et dont l'installation ne laisse rien à désirer.

J'ai dit que le climat de Biarritz était modérément humide et tempéré toute l'année. Les vents de la mer qui rafraîchissent l'atmosphère sont surtout agréables en été et ils ont une influence favorable sur cette station qui semble avoir choisi sa situation sur le versant de la colline pour en avoir tout le bénéfice.

Côte méridionale.

Sur le littoral méditerranéen nous trouvons des stations climatothérapiques d'hiver, mais indépendamment de ces stations il en est qui sont remarquables par leur plage très étendue et le sable moelleux qui les recouvre et où l'on se baigne pendant la plus grande partie de l'année. La température moyenne de l'été est à peu près la même pour l'atmosphère et pour l'eau, du moins là où elle séjourne sur le sable que le soleil a chauffé. Ce bain tiède de 25° dans un air chaud et surtout sous les rayons du soleil est bien différent, on le comprend, de celui que l'on prend à Berck ou à Trouville. C'est le bain des petits enfants débiles qui ne pourraient supporter le froid ni la lame.

Cette (Hérault) est la station la plus occidentale de la côte ; sa plage est une des plus étendues et des plus unies de toutes celles de la Méditerranée. Recouverte d'un sable fin et doux sans aucuns galets, elle a une pente si faible qu'on peut s'avancer de 100 à 150 mètres dans la mer sans perdre pied, circonstance tout à fait avantageuse s'il s'agit d'enfants dont la surveillance est ainsi rendue facile. On n'y sent jamais la vague, excepté à midi, quand le vent souffle avec violence.

Quant à la température, elle est, je l'ai dit, de 22° environ pendant la saison d'été, alors que l'atmosphère est à 25°. On s'y baigne de préférence le matin ou le soir, et bien des enfants sont baignés deux fois par jour.

On trouve à Cette des bains et des douches d'eau de mer chauffée, et des bains de sable.

Palavas. — Cette station, créée pour les besoins surtout de Montpellier où un petit chemin de fer conduit en un quart d'heure, est une ressource précieuse pour les petits malades de la contrée. Il y a d'ailleurs une belle plage de sable fin dans ce climat chaud du Midi que rafraîchit la brise de mer. C'est encore une station de sujets faibles incapables d'affronter les vagues de l'Océan.

Marseille n'a que des établissements de bains de mer permettant le bain simplement, mais aucune plage convenable pour des enfants.

Cannes offre une des plus belles plages qui soient au monde. Son sable est d'une finesse sans pareille et l'inclinaison insensible de la côte rappelle celle de Cette où on ne trouve pas, comme à Cannes, un air embaumé par les émanations des sapins qui sont l'ornement de la falaise. Comme dans toutes les stations de la Méditerranée, on peut se baigner à toute heure, n'ayant pas à attendre la marée, et cela dès le mois de mars et jusqu'au mois de novembre.

En dehors des bains de mer qui sont tièdes comme le climat, au moins dans l'été, l'agrément que présente la plage permet aux

enfants de vivre toute la journée sur le sable et d'y jouer convenablement abrités du vent durant la saison froide, du soleil en été. On enverra là les sujets lymphatiques ou scrofuleux, anémiques, dyspeptiques, les petits tuberculeux apyrétiques et tous les enfants qui ne pourraient supporter un climat plus vif.

Nice, qui est une belle station d'hiver, est une détestable station de bains de mer. Il n'y a, en fait de plage sablonneuse, qu'un petit espace, la *plage du Lazaret*, envahie par les enfants du peuple auxquels on l'abandonne. La *plage du quai du Midi*, et surtout la *plage de la promenade des Anglais*, ne convient nullement pour les enfants, étant garnie de galets roulants que seuls les adultes affrontent grâce à leurs espadrilles. Ce n'est pas là qu'il faut envoyer nos petits malades qui ont besoin de séjourner sur une plage où ils puissent jouer et où leurs parents ne soient pas obligés de les tenir par la main.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Lichen scrofulosorum. — MM. Hudelo et Herrnschmidt (1). — Un enfant âgé de 12 ans, fils de père tuberculeux, atteint lui-même de coxalgie gauche et d'adénite tuberculeuse cervicale, présente depuis trois mois, sur le tronc et la racine des membres, une éruption de placards circulaires ou polycycliques, formés par l'agglomération de toutes petites papules dures, sèches, siégeant au niveau des orifices pilo-sébacés. Ces placards, plus rouges au début, ont aujourd'hui une coloration brunâtre, indiquant un commencement de régression.

La topographie de l'éruption, sa nature papuleuse miliaire, le siège des papules au niveau des orifices pilo-sébacés, l'absence de cicatrices sur les placards, tous ces caractères joints aux antécédents du malade permettent d'affirmer le diagnostic de lichen scrofulosorum. Il restera à déterminer si la lésion primitive est une manifestation directe et locale du bacille du Koch, comme quelques faits récents tendraient à l'établir, ou bien, comme le soutient M. Hallopeau, une toxi-tuberculide.

(1) Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, séance du 5 juillet 1901.

Lésion congénitale du cuir chevelu chez un nouveau-né (1). — M. LAFOND, interne à la Maternité de Pellegrin. — Le 1er mars 1901, est né, à la Maternité de Pellegrin, dans le service de M. HIRIGOYEN, un enfant présentant une lésion du cuir chevelu d'origine congénitale, paraissant pouvoir se rattacher, par sa nature, à un nævus et présentant des dispositions assez spéciales.

La mère est une primipare, âgée de 23 ans, domestique, dont la grossesse a évolué normalement sans accidents, sans aucunes traces de syphilis. L'examen des organes, et en particulier du bassin, ne présentait rien d'anormal. L'accouchement a eu lieu à terme et spontanément. Présentation du sommet en O I G A. Le travail a débuté le 1er mars, à minuit; la dilatation était complète à 7 heures 15' du matin et l'expulsion du fœtus eut lieu naturellement à 8 heures 15'. La durée totale du travail a donc été de neuf heures, et une heure la durée de la période d'expulsion.

On remarque alors, immédiatement après l'expulsion, que l'enfant présente une lésion du cuir chevelu, siégeant au niveau de la suture sagittale, à peu près à égale distance de la fontanelle antérieure et de la fontanelle postérieure. La bosse séro-sanguine s'était formée au niveau de la pointe de l'occipital; la lésion était située bien en avant de la bosse séro-sanguine et complètement indépendante d'elle. Cette lésion était caractérisée par une rougeur diffuse de la peau s'étendant au point indiqué sur une longueur de 4 à 5 centimètres dans le sens de la suture sagittale et latéralement à 1 ou 2 centimètres de la suture. La forme en était à peu près ovalaire. Au centre de cette région colorée en rouge, se trouvait une tache d'un rouge beaucoup plus sombre, de forme circulaire et d'un demi-centimètre. Cette tache était recouverte d'une simple pellicule paraissant très mince et translucide. On notait de plus une circulation veineuse très développée dans la région; une veine médiane suivant le sens de la suture sagittale à laquelle venaient aboutir plusieurs veines collatérales. La peau de la région était parfaitement mobile ; la lésion ne paraissait siéger que dans la peau.

Aucune manœuvre pendant l'accouchement, aucun toucher ne peuvent être imputés d'avoir provoqué cette lésion ; on doit écarter toute idée de traumatisme quel qu'il soit.

Les quatre ou cinq jours qui ont suivi l'accouchement, la circulation veineuse a paru augmenter ; les veines étaient plus saillantes. Puis, la tache médiane rouge sombre est devenue noirâtre; elle semblait devoir se sphacéler et la plaque de sphacèle se détacher. Un simple pansement protecteur avait été appliqué sur la région.

L'enfant n'avait en aucune autre part de lésion semblable ; il paraissait sain. Présenté à la Société de Gynécologie et d'Obsté-

(1) Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux, séance du 12 mars 1901.

trique, après examen de la lésion, on a pensé à l'existence une tache vasculaire.

Le dixième jour après sa naissance, il quittait le service, la lésion ne s'étant pas modifiée depuis le cinquième jour. Il n'a pas été possible de savoir ce qu'elle était devenue depuis.

Deux cas semblables avaient été déjà observés à la Maternité dans le courant des années précédentes, alors que M. le professeur Lefour était chirurgien en chef de cet établissement.

Two cases of survy rickets (*Deux cas de rachitisme avec scorbut*) (1). Ch. Fisher. — 1° Fille de neuf mois, nourrie à la farine lactée ; le 24 déc. 1900, elle crie et se plaint des jambes ; la partie inférieure de sa cuisse droite devient grosse et bleue, puis rouge. Le 6 janv. 1901, la cheville droite est enflée, et le lendemain on apporte l'enfant à l'hôpital. Enfant très anémique, maigre, molle, peau sèche, aspect vieillot, huit dents incisives, gencives bleues non saignantes. Large fontanelle, gros ventre, éruption rouge à la face. Gonflement considérable de la moitié inférieure de la cuisse droite intéressant le fémur, sans fluctuation. A gauche gonflement moindre. Gonflement symétrique au-dessus des malléoles. Sensibilité au contact. Le 14 janvier, amélioration. Le 10 février, guérison.

2° Fille de douze mois, apportée à l'hôpital le 12 janvier pour un gonflement de la partie inférieure de la cuisse gauche datant de Noël. Allaitement artificiel. Mélœna à deux reprises. Anémie, amaigrissement, huit incisives, gencives bleuâtres, grande fontanelle ouverte. Chapelet costal. Gros ventre, gros foie. On constate un gonflement notable du fémur gauche, gonflement sus-malléolaire. Le 31 janvier, amélioration, quoique l'anémie persiste. Epistaxis. Le 5 février, état meilleur. Le 14, les gonflements ont diminué. Le 17 février, guérison.

Le traitement, dans les deux cas, a consisté en : jus d'orange, jus de viande, lait de vache. Il est à remarquer que les gencives n'ont été ni fongueuses, ni saignantes, mais d'une teinte bleuâtre. L'anémie était très marquée. Il y avait des signes de rachitisme très accusé : grande fontanelle largement ouverte, chapelet costal, sueurs abondantes à la tête la nuit ; gros ventre, etc.

Quelques observations d'albuminurie intermittente (2). — M. Lenoir. — Nous rapportons un certain nombre d'observations d'albuminurie intermittente. La plupart méritent le nom d'albuminurie orthostatique, car le caractère commun à ces observations est que l'albuminurie disparaissait par la station couchée. Dans certains cas, une influence digestive se manifestait, en outre, car l'albumine revenait après le repas. Dans tous ces faits, la maladie a été bénigne, l'albuminurie a fini par disparaître, aucun accident n'est

(1) *British Méd. Journal*, 6 avril 1901.
(2) Société médicale des hôpitaux, séance du 16 juillet.

survenu, même au cours de maladies ultérieures ou de grossesses.

De toutes ces observations se dégage un type clinique toujours le même. Il s'agit de sujets jeunes, le plus souvent maigres, chez lesquels la pression sanguine est basse, et chez lesquels il n'existe aucun symptôme d'altération organique ou fonctionnelle du rein, autre que l'albuminurie. L'intermittence de l'albuminurie ne suffit pas pour affirmer qu'il s'agit de cette affection bénigne. C'est tout l'ensemble du malade qui permet d'affirmer que l'évolution de la maladie sera bénigne.

Le réflexe de la plante du pied chez les nouveau-nés. — G. Finizio (Naples). — En parcourant les différents traités des maladies nerveuses ou des maladies des enfants, les plus récents compris, on peut voir facilement que nous manquons encore d'une étude sur la manière dont se comportent les réflexes chez les enfants. Or, grâce à l'importante valeur sémiologique que l'étude des réflexes acquiert toujours davantage dans la neuropathologie, à présent qu'on n'étudie pas simplement leur absence ou leur présence, mais même l'intensité du mouvement provoqué, ainsi que sa forme et sa localisation, il ressort clairement quel intérêt s'attache à une évaluation exacte de ces symptômes objectifs.

1° En chatouillant avec un simple pinceau la plante des pieds des nouveau-nés, on observe que le réflexe manque dans 5 p. 100 des cas, apparaît d'une manière indécise dans 10 p. 100, provoque l'extension de l'orteil ou de tous les doigts au 15 p. 100.

2° Ces résultats varient si, au lieu de chatouiller, on pique la plante du pied. Dans ce dernier cas, non seulement on voit presque toujours l'extension de l'orteil, mais encore des mouvements multiples des divers segments du membre inférieur de l'autre côté. Cela explique les résultats contradictoires des autres observateurs. L'auteur n'a pas vu le réflexe du *fascia lata* de Brissaud.

3° Le réflexe de la plante du pied peut même être provoqué en stimulant la peau qui recouvre la région du tendon d'Achille (il est difficile d'employer la manœuvre de Schäffer). Ceci démontre que le réflexe antagoniste de Schäffer est la même chose que le réflexe de la plante du pied.

4° Quand le réflexe de la plante du pied existe chez le nouveau-né, un ou tous les réflexes cutanés peuvent exister ; mais, quand le reflexe de la plante du pied manque, tous les réflexes cutanés manquent également.

5° Il n'y pas de rapport constant entre la modalité avec laquelle s'explique le réflexe de la plante du pied et le réflexe du genou. Cependant l'extension de l'orteil coïncide dans bien des cas avec le reflexe vif du genou.

6° Souvent l'extension des doigts se rencontre chez les enfants

nés d'un accouchement laborieux, ou avec emploi de forceps, ou en présentation irrégulière (sommet, face).

7° Il n'y a pas de rapport entre la facile hypertonie du nouveau-né et la manière avec laquelle s'explique le réflexe de la plante du pied.

CHIRURGIE INFANTILE PRATIQUE

Die Meningocele spuria traumatica. (*Le pseudo-méningocèle traumatique*) (1). Carl STAMM. — BILLROTH a décrit sous le nom de *pseudo-méningocèle* une affection traumatique du nourrisson qui diffère de la vraie méningocèle, laquelle est congénitale. Dans le cas de l'auteur il s'agissait d'un petit garçon de trois ans et demi tombé deux ans auparavant d'une fenêtre d'un premier étage et qui à la suite n'eut aucun trouble nerveux ; mais on vit apparaître un gonflement au niveau du crâne, et il resta une tumeur. L'enfant se développa néanmoins normalement, mais il traînait un peu une jambe. Il y avait une tumeur pulsatile au niveau du pariétal droit du volume de la moitié d'un œuf de poule. La tumeur augmentait par les cris ; à son niveau la peau était normale ; la compression légère n'était pas douloureuse. Il y avait absence d'os à ce niveau. Les mouvements du bras gauche étaient limités, le coude ne pouvait pas être étendu entièrement. De même au membre inférieur gauche où il y avait une certaine résistance aux mouvements, et un pied tombant. Marche spasmodique. Aucun autre trouble.

Les symptômes qui sont au début des signes généraux à la suite du traumatisme se localisent ensuite et diffèrent avec le siège de la tumeur. L'épilepsie en est la complication fréquente et la plus intéressante. C'est elle qui doit faire réserver le pronostic d'avenir.

Au point de vue thérapeutique, la compression ne donne pas de résultats favorables ; il en est de même de la ponction. On a essayé des injections iodées, l'incision suivie de drainage, mais on comprend les dangers de ces tentatives. KROHLEIN a extirpé le sac avec succès dans deux cas. Dans les cas où la lésion est bien supportée, on se contentera d'une pelote protectrice. La question de l'intervention ne se poserait guère qu'en cas d'épilepsie.

Quelques accidents consécutifs aux fractures du frontal chez le fœtus (2). — M. COMMANDEUR (Lyon). — Dans une première observation, l'enfant, extrait aux forceps, présentait un enfoncement du frontal gauche qui ne donna lieu à aucun accident pendant trois semaines; au bout de ce temps, il présenta des crises convulsives de la face, qui bientôt se généralisèrent, et il succomba trois

(1) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1900.
(2) Société obstétricale de France, 9e session, à Paris les 11, 12 et 13 avril 1901.

semaines après. Ce fait peut donc conduire à préconiser l'intervention sanglante et le relèvement des fragments avec ou sans ablation de rondelle osseuse, lorsque les phénomènes convulsifs apparaissent et progressent.

Dans une deuxième observation, il s'agit d'un enfant également extrait au forceps, qui présentait une fracture du frontal à fragments mobiles et des phénomènes oculo-orbitaires constitués par de l'exophtalmie temporaire, de la suppression du réflexe cornéen, et une opalinité cornéenne très accentuée. On pourrait peut-être expliquer ces faits par un certain degré de modelage de la base amenant le rétrécissement de la fente sphénoïdale avec compression de la veine ophtalmique et des branches de l'ophtalmique de Willis. Le modelage de la base est encore mal connu et demande à être étudié par l'expérimentation. Il pourrait expliquer aussi certains faits de congestion et d'hémorragie méningée par compression des veines jugulaires au niveau du trou déchiré postérieur.

Congenital malformation of the vesical orifice of one ureter. (*Malformation congénitale de l'orifice vésical d'un uretère*) (1). RAYMOND JOHNSON a montré à la réunion de l'Institution médicale de Liverpool, le 7 février 1901, les organes génito-urinaires d'un enfant du sexe féminin, présentant une malformation très rare de l'orifice vésical de l'uretère gauche. Celui-ci, accolé à la paroi vésicale, finissait par une extrémité bulbeuse formant une cavité kystique close qui éclata spontanément le 6e jour après la naissance. En outre, le rein gauche était séparé imparfaitement en deux portions, dont chacune avait un uretère distinct, qui venait se réunir à l'autre juste au-dessus de la vessie. Le rein droit et son uretère étaient normaux, mais ce dernier était dilaté. Les organes génitaux et le gros intestin étaient normaux. L'enfant qui avait présenté cette malformation était mort le 13e jour après sa naissance, très probablement d'infection urinaire. Avant sa rupture, l'orifice urétral distendu était venu faire saillie entre les deux lèvres sous forme d'une tumeur du volume d'un œuf.

On a déjà décrit une malformation analogue, et ce n'était qu'un défaut précoce de développement. Elle dépendait d'un manque de séparation qui se fait entre les extrémités inférieures de l'uretère et les canaux de Wolff.

L'uretère était alors attiré en bas pendant la formation du septum qui divise le sinus uro-génital, de sorte qu'il venait s'ouvrir à l'origine de l'uretère.

Deux cas d'obstruction intestinale chez le nouveau-né. — M. BONNAIRE. — Dans la première observation, le nouveau-né n'avait pas rendu son méconium, il vomissait vert, et il existait un ballonnement considérable ; l'anus était perforé. La laparotomie

(1) *Brit. méd. Journal*, 23 fév. 1901.

permit de voir qu'il y avait une hernie de l'intestin grêle à travers le mésentère dilacéré; de plus, il y avait un rétrécissement très marqué, portant sur plusieurs centimètres. L'enfant mourut quelques jours après.

Dans le second, il s'agissait d'une invagination intestinale ayant amené le sphacèle du tube digestif et une péritonite consécutive. Dans des cas semblables, je crois qu'il faut pratiquer la laparatomie pour essayer de lever l'obstacle, car l'anus contre nature est une opération détestable.

Forme rare d'hydrocéphalie (1). M. P. Bar. — L'enfant dont il s'agit présentait de l'hydrocéphalie peu prononcée, mais à l'autopsie on trouva une fusion de deux lobes cérébraux qui étaient projetés en avant par la poche kystique. Cette fusion des lobes cérébraux est extrêmement rare.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Traitement des appendicites aiguës (2). — E. Kirmisson partage l'opinion de ses collègues, les chirurgiens d'enfants, sur la valeur de la temporisation dans le traitement de l'appendicite aiguë. Au dernier Congrès international de médecine qui s'est tenu à Paris en août 1900, nous avons vu, dit-il, des hommes, comme M. Roux (de Lausanne), et notre collègue Jalaguier dont l'opinion est basée sur une très large expérience, se prononcer nettement en faveur de la temporisation, et, comme aucune voix ne s'est élevée en faveur de l'intervention quand même, nous considérons la question comme jugée, du moins en ce qui regarde la chirurgie infantile, la seule pour laquelle nous nous reconnaissions une expérience suffisante.

Je ne comprends pas, pour ma part, qu'on dise et qu'on répète complaisamment, qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite.

Le repos au lit, la diète absolue, les applications de glace sur le ventre, l'opium à l'intérieur constituent en réalité un traitement dont la valeur s'affirme tous les jours de la façon la plus nette et la plus décisive dans la cure des appendicites aiguës. Si ce n'est pas là un véritable traitement médical, on peut dire avec autant de raison que nous n'avons pas de vrai traitement médical de la pneumonie, de la pleurésie, de la fièvre typhoïde ; c'est, en un mot, la négation de toute médecine. Mais ce traitement médical, quelle que soit sa valeur, doit-il être appliqué indistinctement dans tous les cas et pendant toute la durée de l'appendicite aiguë? C'est là la question que je me propose d'examiner ici.

Pour la résoudre, il faut ne pas perdre de vue ce fait que l'ap-

(1) Société d'obstétrique de Paris, séance du 4 juillet.
(2) Soc. de Pédiatrie. Séance du 12 mars 1901.

pendicite doit être envisagée à un double point de vue : 1° au point de vue des phénomènes mécaniques ; 2° au point de vue de sa nature infectieuse.

Les considérations mécaniques se réduisent à un seul fait, à savoir que l'appendice est le plus souvent libre dans la grande cavité péritonéale, d'où cette conséquence que toutes les altérations, lésions inflammatoires, ulcérations, gangrènes, se transmettent à la séreuse voisine, et déterminent des péritonites, plus ou moins généralisées, plus ou moins rapidement mortelles. De là l'utilité du traitement médical qui, en soumettant l'intestin au repos absolu, favorise l'enkystement des lésions et s'oppose à la diffusion de l'inflammation.

Or, comment, en pareil cas, expliquer ces brusques ascensions de température jusqu'à 40° ? Je le répète, il n'y avait pas de péritonite ; on n'en a pas trouvé au moment de l'opération. Ce sont là évidemment des phénomènes infectieux, dont le point de départ est dans les matières septiques contenues dans la cavité appendiculaire. Il suffit d'ailleurs de se rappeler qu'une amygdalite vulgaire donne facilement une ascension de température à 40° et au-dessus pour comprendre que l'appendicite, dont l'anatomie pathologique établit l'analogie avec les follicules clos de l'amygdale, puisse conduire au même résultat. Or, le moyen d'éviter ces infections nouvelles au cours des appendicites aiguës, c'est justement d'éviter l'encombrement de l'intestin par les matières septiques, et, pour cela, de commencer de bonne heure l'évacuation méthodique de la cavité intestinale. Ces considérations m'ont conduit à modifier très notablement ma pratique dans le traitement des appendicites aiguës. Sans doute, je commence toujours par le traitement médical, compris comme je l'ai dit en commençant, c'est-à-dire par le repos, la diète absolue, la glace et l'opium. Mais je ne m'y attarde pas trop longtemps, dès que les phénomènes aigus sont tombés, c'est-à-dire dès que la température est revenue à la normale, que les vomissements et les douleurs du ventre ont disparu, j'abandonne l'opium. Si tout va bien, c'est-à-dire si je n'aperçois aucune recrudescence dans la marche des accidents, je fais donner un petit lavement huileux, et, à partir de ce moment, je fais continuer quotidiennement et méthodiquement l'emploi des lavements évacuants.

En même temps que l'usage des lavements, je commence doucement l'alimentation, c'est-à dire que je donne d'abord quelques cuillerées de lait dont j'augmente progressivement la dose, s'il ne se produit aucun incident. Depuis que j'ai adopté cette manière de faire, j'observe beaucoup moins souvent ces petites rechutes, ces élévations secondaires de la température, dans le cours des appendicites aiguës. A partir du moment où l'opium est supprimé et fait place aux évacuations méthodiques par les lavements, la température reste définitivement aux environs de 37°.

La guérison est obtenue ainsi d'une façon à la fois plus rapide et beaucoup plus sûre.

Je ne voudrais pas cependant que ma pensée fût mal comprise, et qu'on me présentât comme un partisan des purgatifs dans le traitement des appendicites aiguës. Bien loin de là, j'estime, au contraire, que rien n'est plus dangereux que l'emploi des purgatifs au début de l'appendicite, et je montre chaque jour à mes élèves que tous les malades qui nous arrivent avec des péritonites généralisées sont des enfants qui ont été purgés, et quelquefois même à plusieurs reprises. Il n'y a pas, non plus, contradiction dans ma manière de faire ; si j'exclus les purgatifs et les évacuants, en général, dans l'appendicite au début, je crois au contraire qu'une fois les accidents aigus apaisés, l'évacuation méthodique de l'intestin au moyen des lavements quotidiens a une grande importance : c'est affaire d'opportunité thérapeutique.

Mais, d'autre part, l'appendicite est, au premier chef, une maladie infectieuse ; la constipation prolongée produite par l'opium a le grave inconvénient de retenir dans la cavité intestinale des matières infectieuses dont la diffusion dans l'organisme peut déterminer les plus redoutables complications ; de ce nombre sont ces hématémèses mortelles dont j'ai observé, l'un des premiers, un si triste exemple, et sur lesquelles M. Dieulafoy vient d'attirer l'attention de l'Académie. Il me semble donc nécessaire, dès que les menaces d'inflammation péritonéale sont conjurées, de laisser de côté le traitement par l'opium, pour lui substituer la méthode évacuante.

Un fait malheureux qui s'est passé dans mon service il y a deux ans bientôt, est venu attirer mon attention sur ce point particulier de la question. Une belle jeune fille de 13 ans environ était entrée dans mes salles pour attaque d'appendicite aiguë de moyenne intensité ; au bout de huit jours environ de traitement médical par la diète, la glace et l'opium, son état est devenu très satisfaisant. Je la vois le dimanche matin ; la température est redevenue normale, et la malade dit se sentir absolument bien. Mais dans l'après-midi du même jour, à trois heures, brusquement la température s'élève à 40°. Les internes du service, effrayés, font appeler le chirurgien de garde ; celui-ci croit une intervention chirurgicale indiquée, et la pratique immédiatement. On ne trouve pas de péritonite ; on doit aller chercher l'appendice en arrière du cæcum et disséquer au milieu des adhérences. Or, le lendemain matin, à la visite, je trouve la malade dans le collapsus, avec un abaissement considérable de température ; moins de vingt-quatre heures après l'intervention, elle était morte.

Emploi thérapeutique de la lécithine. — Lanceraux et Paulesco. — Des recherches récentes (A. Gautier, Danilewski, etc.), ont fait connaître le rôle important que jouent les lécithines dans la nutri-

tion de l'organisme en général, et du système nerveux en particulier.

Plusieurs essais expérimentaux et thérapeutiques (Desgrez et Aly-Zaky, Gilbert et Fournier, etc.) ont confirmé ces vues et ont montré, entre autres bons effets, l'*augmentation du poids* de l'animal et de l'homme sous l'influence de la lécithine. Nous avions dans notre service de l'hôpital, deux malades atteints de *diabète pancréatique*, arrivés à une phase avancée de leur affection et qui, comme cela est la règle, maigrissaient et dépérissaient journellement malgré tous nos efforts pour les empêcher. Sous l'influence de la lécithine, non seulement l'amaigrissement a cessé, mais *ils ont augmenté rapidement de poids*, et leur état général s'est trouvé, du même coup, considérablement amélioré.

Deux cas de vomissements incoercibles guéris par la suggestion. — M. P. Farez. — Une jeune fille est prise de vomissements qu'on rapporte à une péritonite ou à une appendicite. Quand l'affection abdominale aiguë est passée, les vomissements subsistent à l'état chronique ; ils se maintiennent en vertu d'une sorte d'habitude acquise ; ils sont entretenus par l'influence suggestive d'un milieu psychiquement septique. Pendant plusieurs mois, cette jeune fille vomit régulièrement à chaque repas ; elle devient maigre, affaiblie et ne pèse que 73 livres. Un changement de milieu amène une amélioration ; mais la pernicieuse influence suggestive étant survenue à nouveau, les vomissements réapparaissaient à chaque repas. Je vois alors cette malade et, en quelques jours, j'arrive à supprimer tout à fait ces vomissements en badigeonnant de collodion au bleu de méthylène les régions cutanées qui correspondent à l'estomac et à l'œsophage. Dès lors, cette jeune fille supporte toute espèce d'alimentation et ne tarde pas à engraisser.

Le deuxième cas est celui d'une femme, mère de deux enfants. Il y a trois mois, ses règles ne viennent pas. Cette aménorrhée lui fait croire à l'existence d'une grossesse. Désolée, elle recourt à toutes sortes d'emménagogues, mais les règles ne réapparaissent pas. Bientôt elle présente tous les symptômes qui font croire à la probabilité d'une grossesse. Pendant un mois entier elle vomit toute espèce de nourriture, sauf le lait. Depuis une semaine, le lait lui-même est rejeté aussitôt après son ingestion. Cette femme est exténuée, épuisée ; elle ne peut se tenir debout et garde le lit. En outre, elle présente un ptyalisme extrêmement abondant. Sans me prononcer sur l'existence ou la non-existence d'une grossesse, je m'attaque aux vomissements et au ptyalisme. Cette fois encore, j'ai recours au collodion coloré par le bleu de méthylène. Par des badigeonnages de la région stomacale, je suis arrivé, en trois ou quatre jours, à supprimer complètement les vomissements ; par des badigeonnages des régions cervicale et

sous-maxillaire répondant à la situation des glandes salivaires, j'ai, d'un jour à l'autre, considérablement atténué le ptyalisme qui, aujourd'hui, est insignifiant.

Le collodion au bleu de méthylène joue un très grand rôle en thérapeutique psychique. La coloration intense qui dure plusieurs jours frappe le malade qui croit à la persistance constante d'une action médicamenteuse. Quant au collodion, il provoque par sa rétraction une gêne et parfois même une petite douleur qui ramène à chaque instant la pensée du malade sur la suggestion qui lui a été faite ; celle-ci est ainsi maintenue, amplifiée, renforcée. J'ai eu aussi des succès avec le collodion coloré par l'acide picrique.

Le traitement psycho-mécanique de la chorée, des tics et des habitudes automatiques. — M. Bérillon expose le traitement psycho-mécanique de la chorée, des tics et habitudes automatiques ; il insiste sur la nécessité de créer un centre d'arrêt psychique. Il présente deux malades qu'il a guéris par la suggestion hypnotique : 1° un jeune garçon atteint de kleptomanie et d'onychophagie ; 2° une femme qui, depuis son enfance, avait le tic du grincement des dents. Il présente, en outre, une chanteuse qui offre une émotivité morbide telle qu'une fois en scène elle ne peut émettre aucun son. La suggestion hypnotique l'a totalement guérie de ce trac.

Analgésie suggérée pendant le sommeil normal. — M. Ange Manfroni (Turin). — Un jeune homme de 15 ans a un cor au pied qui s'est infecté et donne lieu à une lymphangite ; il en souffre au point qu'il ne peut ni marcher, ni monter à bicyclette, ni même poser le pied à terre. Me trouvant un jour auprès de lui pendant qu'il dort, je lui suggère l'analgésie. Au réveil, l'amnésie est complète, et notre jeune homme est très étonné de ne plus éprouver aucune douleur. Au cours de ma séance de suggestion, j'ai observé le phénomène décrit par M. Farez : pendant que mon sujet dormait, j'ai pu, à volonté, modifier son rythme respiratoire et le rendre synchrone à mon rythme vocal.

Traitement des oxyures (1). — Deguy. — Il faut, pour arriver à un résultat, un double traitement : général de tout l'intestin, et local du rectum. La manière la plus simple et la plus sûre est la suivante : purger d'abord l'enfant avec une dose de calomel en rapport avec son âge, et le mettre au régime lacté. Ce traitement prémonitoire de 24 heures débarrasse déjà complètement l'intestin des matières fécales et favorisera l'action des médicaments vermifuges qui pourront atteindre plus facilement le parasite.

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

Pendant les deux jours qui suivront, on administrera de la santonine ou du semen-contra,

℞ Santonine. . . . . 0 gramme 05 centigr.

Pour un paquet, le matin à jeun,

ou bien :

℞ Semen-contra. . . . . 3 grammes.

Faire infuser dans 100 grammes d'eau bouillante et ajouter 20 grammes de sirop de mousse de Corse.

Ce simple traitement de 3 jours aura presque à coup sûr débarrassé l'intestin du parasite ; mais celui-ci, les femelles principalement, seront encore dans le rectum qui est leur habitat de prédilection et où les vermifuges les atteignent difficilement. Aussi il convient à ce moment de faire un traitement local qui les détruira et débarrassera l'enfant. Pour cela, on a recours soit à des suppositoires selon une des formules :

℞ Calomel. . . . . 0 gramme 10 centigr.
Beurre de cacao. . . . . 2 grammes

ou

℞ Onguent mercuriel double. . . . . 0 gramme 10 centigr.
Beurre de cacao. . . . . 2 grammes

soit à des pommades introduites aussi profondément que possible dans l'anus avec le doigt, selon une des formules suivantes :

℞ Calomel. . . . . 3 grammes
Vaseline. . . . . 30 grammes

ou

℞ Oxyde de jaune de mercure. . . . . 0 gramme 30 centigr.
Vaseline . . . . } āā 15 grammes
Lanoline . . . . }

La méthode des lavements paraît à M. Deguy de beaucoup préférable. En voici quelques formules :

℞ Tanaisie. . . . . 2 grammes
Infuser dans eau . . . . 300 grammes
Ajouter glycérine . . . . 20 grammes

℞ Menthol . . . . 0 gramme 25 centigr.
Huile . . . . 60 grammes

℞ Santonine. . . . . 0 gramme 50 centigr.
Infuser dans eau. . . . . 150 grammes

Pour sa part, il préfère le lavement au nitrate d'argent employé ainsi : faire d'abord un lavement évacuateur pour débarrasser l'ampoule rectale des matières fécales, puis donner un lavement de nitrate d'argent au deux-centième, que l'on laissera 5 minutes environ, et enfin neutraliser l'excès de nitrate d'argent par injection rectale d'eau salée.

Il est exceptionnel que ce traitement échoue, mais il demande 4 jours.

REVUE DES SPÉCIALITÉS

LE COALTAR SAPONINÉ DANS L'ANTISEPSIE DE LA BOUCHE DES ENFANTS.

La bouche des enfants est, comme celle de l'adulte, un excellent milieu de culture pour les microbes, dont quelques-unes des nombreuses espèces connues sont nos hôtes ordinaires, mais dont plusieurs sont des microbes pathogènes. On y trouve en effet les microbes de la suppuration, ceux qui provoquent accidentellement des maladies buccales, ceux qui produisent la carie dentaire, pour ne rien dire des bacilles de Lœffler, de Koch, etc, etc.

Dans le cours des maladies fébriles, l'antisepsie de la bouche doit être faite avec soin en vue de préserver les enfants d'affections secondaires, constituant, comme nous le savons bien, des complications rapidement mortelles.

Ainsi, dans la fièvre typhoïde par exemple, dans les pyrexies graves qui produisent la sécheresse de la bouche, la parotidite suppurée qui survient et emporte le malade est une complication infectieuse due aux microbes venus de la bouche et qui remontent le canal de Sténon.

Dans l'état de santé, il n'est pas moins nécessaire d'assurer la propreté de la bouche pour prévenir la maladie : ainsi la carie dentaire qui débute souvent chez les enfants et trouve une cause prédisposante dans l'excès que font la plupart d'entre eux d'aliments sucrés, relève non pas d'un microbe, mais de plusieurs qui vivent dans la bouche de tout le monde. Les adultes, par coquetterie plus encore que par hygiène, se nettoient les dents ; et la brosse chargée d'un dentifrice accomplit la mission salutaire d'un nettoyage encore trop rare et le plus souvent trop sommaire. Mais que fait-on pour les enfants ? Rien, la plupart du temps.

On devrait soumettre les enfants dès le premier âge aux soins hygiéniques de la bouche, et les leur imposer ensuite. Nous sommes convaincus qu'on leur rendrait ainsi de grands services. L'eau, l'eau chaude bouillie, exempte de germes, qui est à la portée de tous et qui ne coûte rien, employée matin et soir et après les repas, permettra déjà d'obtenir une propreté relative ; mais ce n'est pas assez.

Si l'on veut faire de l'antisepsie, il faut recourir à une substance qui avant tout ne puisse nuire. Parmi toutes, la plus inoffensive et que la pratique a consacrée, c'est assurément le *coaltar saponiné Le Beuf*, qui joint à sa qualité de substance antiseptique celle de ne pas altérer les dents ou la muqueuse. Quelques gouttes de coaltar ajoutées à un verre d'eau chaude bouillie constituent le meilleur dentifrice et le meilleur gargarisme, aussi bien dans l'état de santé que dans la maladie.

Dr Tessier.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

DISJONCTION ÉPIPHYSAIRE DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

(PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE DES NOUVEAU-NÉS DE PARROT),

Par le Dr A.-B. MARFAN.

Je vais vous présenter les pièces anatomiques d'une fillette qui vient de succomber à la Crèche et dont l'autopsie a confirmé le diagnostic porté pendant la vie. Voici d'abord l'histoire de notre malade.

Il s'agit d'une fillette de deux mois et demi, née à terme, et qui parut saine au moment de la naissance. Le père et la mère se déclarent bien portants ; notre malade était leur cinquième enfant ; il ne leur en reste plus qu'un ; les trois autres sont morts en bas âge ; la mère n'a pas fait de fausse couche. Comme il arrive souvent pour les nourrissons conduits à l'hôpital, ces antécédents sont fort incomplets ; par inconscience, ou par défiance, ou encore par ignorance réelle quand les enfants ont été placés en nourrice à la campagne, les parents ne nous donnent que des renseignements insuffisants. Ainsi, comme vous le verrez, la fillette dont je vais vous entretenir a présenté des accidents qui sont dus incontestablement à l'hérédosyphilis ; considérez combien nous eussions été embarrassés si nous avions eu des doutes sérieux et si, pour les lever, nous n'avions eu que les renseignements fournis par les parents.

Notre petite malade n'a jamais pris le sein ; dès sa naissance elle a été nourrie au biberon ; on l'a alimentée avec du lait de vache quelconque, additionné d'eau panée ; la quantité d'aliment et les intervalles des repas n'étaient soumis à aucune règle, et variaient chaque jour. Il ne paraît pas y avoir eu pourtant de troubles digestifs bien sérieux (quelques vomissements, parfois des selles vertes et liquides) ; mais le poids n'a pas augmenté ; l'enfant est tombée dans la cachexie atrophique. De plus, à l'âge de un mois et demi, l'enfant a eu un coryza qui n'a plus cessé ; les narines étaient presque toujours bouchées. Enfin, vers la fin du deuxième

mois, la mère s'est aperçue que sa fille ne remuait presque plus le bras droit ; elle a craint une paralysie et elle nous a conduit l'enfant.

En l'examinant, nous avons d'abord constaté les signes de la cachexie atrophique : amaigrissement, peau sèche, flétrie, ridée, visage émacié, souffreteux ; teint pâle, un peu jaunâtre ; le poids était à l'entrée de 3 kilogr. 800 ; il a diminué jusqu'à la mort. Pourtant l'enfant prenait bien son biberon, ne vomissait pas, avait des selles souvent naturelles, parfois dyspeptiques. Sa température était normale. L'abdomen était plutôt déprimé que gonflé, comme dans les cachexies à marche rapide. Ces caractères nous firent prévoir que l'alimentation, si défectueuse qu'elle eût été, n'avait pas été le facteur unique de l'atrophie. Il y avait une autre cause ; et elle n'était pas difficile à trouver. Dès notre première inspection, nous avons découvert des syphilides sur les téguments. Le front était recouvert de papules, surtout abondantes au-dessus des sourcils ; elles avaient une teinte « jambon fumé » et elles étaient entourées d'une collerette de squames *séborrhéiques*. J'ai souvent insisté sur la tendance qu'ont chez le nouveau-né *toutes* les éruptions du cuir chevelu et du visage, même les syphilitiques, à prendre le caractère séborrhéique, ce qui semble prouver que la séborrhée est un phénomène contingent pouvant accompagner des éruptions de nature très diverse.

On retrouvait des papules ayant les mêmes caractères, mais plus discrètes, autour de la bouche et sous le menton ; à la partie supérieure du cou, il y avait une grande croûte noirâtre recouvrant une ulcération. A la plante des pieds, on constatait une desquamation abondante, à écailles multiples, et la peau avait une teinte rouge très accusée ; c'était sans doute là la trace d'une éruption pemphigoïde de la naissance ou des premiers jours ; mais il n'y avait aucune altération à la paume des mains.

Aux fesses et à la partie postérieure des cuisses, on voyait de nombreuses ulcérations, quelques-unes assez étendues ; elles n'avaient aucun caractère particulier ; il était impossible de dire si elles avaient été la conséquence d'un érythème fessier vulgaire ou d'une éruption syphilitique.

Quoi qu'il en soit, la simple inspection du visage suffisait pour faire porter à première vue le diagnostic de syphilis.

Nous avons ensuite étudié l'impotence du membre supérieur droit. Cette impotence était très manifeste ; couchée, l'enfant ne remuait pas du tout le bras droit ; quand on la mettait, en la prenant sous les aisselles, dans l'attitude verticale, ce bras était inerte, ballant. Cependant il n'était pas véritablement paralysé, car lorsqu'on le pinçait ou lorsqu'on le piquait, il se produisait des contractions musculaires sans déplacement du membre, ou des mouvements des doigts.

En palpant le bras, nous constatâmes un épaississement notable du périoste à la face postérieure de l'humérus, vers le cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure. La même altération se retrouvait à la face postérieure du tiers supérieur du radius. Nous avons cherché s'il n'y avait pas dans ces points une mobilité anormale ou de la crépitation ; mais, cette exploration faisant crier l'enfant, nous n'avons pas insisté. La constatation de ces signes n'était du reste pas nécessaire pour établir le diagnostic ; celui-ci ne présentait aucune difficulté : il s'agissait de cette affection que Parrot a désignée sous le nom de « pseudo-paralysie des nouveau-nés syphilitiques », et qu'il a rattachée à un décollement épiphysaire dû à une lésion syphilitique.

Le mémoire, dans lequel Parrot nous a fait connaître cette affection, est de 1872. Par une analyse irréprochable, il a fait voir d'abord que l'impotence n'est pas liée à une altération nerveuse ; et il a montré ensuite qu'elle est analogue à celle que déterminent certaines lésions du squelette : fractures, luxations, rhumatisme. Finalement, il fait voir qu'elle est due à un décollement épiphysaire.

L'impotence pseudo-paralytique est due pour une part à la douleur ; mais elle est liée surtout à un fait mécanique : le défaut de continuité du levier rigide qui sert aux insertions musculaires et dont l'intégrité est indispensable au jeu des articulations.

Mais comment la syphilis des nouveau-nés détermine-t-elle la disjonction des épiphyses ?

On a beaucoup discuté sur les altérations osseuses de la syphilis héréditaire des nouveau-nés. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre qu'elles ont des caractères spéciaux et qu'elles diffèrent de celles que la syphilis provoque sur les os déjà formés. C'est en les étudiant avec minutie que Parrot a été conduit à considérer le rachitisme comme une conséquence de l'hérédo-syphilis. La clinique a démontré que cette opinion n'était pas exacte, mais on ne s'est pas assez demandé quelle avait pu être la cause de cette erreur. Pour moi, elle résulte certainement de ce que toutes les maladies qui atteignent les os encore incomplètement développés, tels qu'ils sont pendant les premiers mois de la vie, déterminent des lésions qui ont forcément un certain nombre de caractères communs, comme *la localisation prédominante dans la couche sous-périostique et au niveau du cartilage de conjugaison.* Dans les zones voisines de l'épiphyse, l'activité formative est excessive à cet âge, et c'est pourquoi les maladies s'y localisent de préférence. Quoi qu'il en soit, voici quelles sont les lésions osseuses incontestablement liées à la syphilis héréditaire chez le nouveau-né. Ces lésions peuvent s'observer sur toutes les parties du squelette : sur les os plats, les os courts et les os longs. Je n'envisage ici que les os longs, puisque c'est d'eux qu'il s'agit dans la disjonction épiphysaire.

Les os du bras, de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe peuvent être atteints. Mais les os du membre supérieur le sont plus souvent que ceux du membre inférieur, et parmi les premiers, c'est l'*humérus, au niveau du tiers inférieur et à la face postérieure*, qui est pris le plus souvent. Il est à remarquer que dans la syphilis héréditaire tardive, c'est au contraire le tibia qui est le plus fréquemment atteint.

Examinons donc un humérus atteint dans son tiers inférieur. La lésion a une distribution spéciale : le foyer a la forme d'un clou à grosse tête dont la pointe correspondrait au cartilage de conjugaison et dont la tête, large et étalée, occuperait la couche sous-périostique. Dans une première phase, le périoste, au niveau du foyer du mal, est épais et se détache en entraînant des parcelles osseuses ; la diaphyse est un peu épaissie par l'apposition à sa surface sous-périostique de végétations osseuses perpendiculaires à l'axe de l'os (ostéophytes). Les deux lignes ossiformes jaunâtres, qui limitent le cartilage de conjugaison et qui à l'état normal sont à peine visibles, deviennent très épaisses, le cartilage de conjugaison se vascularise. Telles sont les lésions qu'on trouve au moment de la naissance. Elles ne sont pas appréciables au palper.

Plus tard, chez les enfants âgés de quelques semaines à trois ou quatre mois, les lésions sont plus avancées. Le périoste et la couche ostéophytique forment un véritable bourrelet saillant, semblable à un cal exubérant, et très appréciable au palper de la partie inférieure de l'humérus, au niveau du cartilage épiphysaire, surtout à la face postérieure. Le cartilage épiphysaire tend à se ramollir ; quant à la couche ostéophytique, tantôt elle se durcit et s'éburne ; tantôt elle se ramollit comme le cartilage de conjugaison ; ce ramollissement est plus ou moins accusé, plus ou moins étendu ; il transforme le cartilage et les tissus voisins en une substance tantôt gélatiniforme, tantôt puriforme (sans-globules de pus au microscope) ; lorsqu'il a détruit tout le cartilage, il y a *disjonction épiphysaire* : c'est la lésion qui engendre la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés. Pendant toute cette évolution, le périoste reste intact. Il ne se rompt que lorsque le foyer syphilitique suppure véritablement, ce qui est sans doute le fait d'une infection streptococcique secondaire, infection si fréquente chez les nouveau-nés syphilitiques ; alors il peut y avoir un abcès qui se fait jour jusqu'à la peau.

Cette ostéo-chondrite syphilitique pouvant se localiser aux extrémités de tous les os longs, on comprend qu'il puisse y avoir impotence de un, de deux, de trois ou de quatre membres. Chez notre fillette, le processus était en train de se généraliser au moment de la mort ; il y avait déjà un certain degré d'impotence du membre inférieur gauche et on percevait un bourrelet osseux à l'extrémité inférieure du radius.

Dès que l'enfant est entrée dans notre service, nous avons réglé rigoureusement l'allaitement artificiel, et nous lui avons fait tous les jours une injection sous-cutanée de un demi-milligramme de cyanure de mercure (soit un demi-centimètre cube de la solution au millième). Malgré cela, les accidents syphilitiques ont poursuivi leur évolution ; la cachexie a fait des progrès, le poids a diminué ; et finalement l'enfant a succombé douze jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, nous avons constaté d'abord des altérations syphilitiques du foie ; cet organe présente de grandes taches d'une transparence jaunâtre, ayant l'aspect de la pierre à fusil, et au niveau de ces taches, la consistance est dure et élastique ; c'est le *foie silex* de Gubler, caractéristique de l'hérédo-syphilis du nouveau-né.

A l'extrémité inférieure de l'humérus, seul os que les règlements nous aient permis d'examiner, nous avons trouvé des altérations identiques à celles que je décrivais il y a un instant : périoste très épaissi ; couche ostéophytique éburnée surajoutée à la diaphyse ancienne (à la loupe, on peut constater que dans cette couche les travées sont perpendiculaires à la diaphyse) ; ramollissement et destruction du cartilage de conjugaison et décollement épiphysaire total.

La connaissance des caractères de la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés est importante en ce qu'elle permet d'éviter des erreurs grossière de diagnostic. L'affection décrite par Parrot ne s'observe que chez des enfants âgés de moins de quatre ou cinq mois ; elle est caractérisée par l'impotence d'un ou de plusieurs membres ; mais elle se localise de préférence au membre supérieur. Cette impotence ne s'accompagne d'aucun trouble nerveux (ni atrophie, ni trouble de la sensibilité, etc.) ; elle n'est véritablement pas paralytique. Elle coexiste en général avec un gonflement de l'extrémité inférieure de l'humérus ou de tout autre os long, gonflement dur, formant bourrelet, ressemblant à un cal un peu exubérant. Ces caractères sont assez nets pour qu'on puisse affirmer l'existence de la disjonction épiphysaire, même en l'absence de mobilité anormale ou de crépitation. Ils suffiront à faire écarter l'idée d'une paralysie spinale de l'enfance, d'une paralysie obstétricale. La confusion avec une fracture sera évitée par la notion de traumatisme ; quant à l'osteomyélite aiguë des nourrissons, elle est facile à reconnaître par son habituelle localisation en un seul point du squelette, par la douleur vive qu'elle détermine en ce point, par la fièvre et les phénomènes généraux graves dont elle s'accompagne, et enfin par la formation rapide du pus.

Selon Parrot, les nouveau-nés atteints de pseudo-paralysie syphilitique sont tous destinés à succomber rapidement. Un cas de guérison observé par M. Millard en a appelé de la rigueur de cet arrêt ; et aujourd'hui on admet que cette lésion peut parfai-

tement guérir. En fait, le pronostic dépend bien moins de la lésion osseuse que des troubles coexistants. Il dépend d'abord de l'absence ou de la présence des lésions viscérales de la syphilis : celles-ci sont souvent mortelles, tandis que les altérations cutanées et osseuses, si elles sont isolées, sont susceptibles de guérir. Le pronostic dépend aussi du mode d'allaitement ; le nouveau-né syphilitique n'a quelque chance de guérir que s'il est élevé au sein ; malheureusement, il est interdit de lui donner une nourrice étrangère ; il doit être nourri par sa propre mère ou soumis à l'allaitement artificiel ; or, celui-ci, surtout lorsqu'il est mal réglé et lorsqu'il donne naissance à des troubles digestifs, conduit le nouveau-né syphilitique à la cachexie atrophique et à la mort. Enfin, le pronostic dépend aussi des infections secondaires ; l'infection streptococcique est fréquente chez le nouveau-né syphilitique, et ce qu'on a appelé la syphilis hémorragique du nouveau-né résulte ordinairement d'une association de l'infection vénérienne et de l'infection streptococcique.

Quoi qu'il en soit, la pratique montre que le décollement épiphysaire est la conséquence d'une forme sérieuse de l'hérédo-syphilis. Aussi le traitement doit-il être très énergique ; je conseille d'employer les injections sous-cutanées d'une solution de mercure à $\frac{1}{1000}$, dont on fait pénétrer sous la peau un demi-centimètre cube tous les jours (soit un demi-milligramme de cyanure de mercure). Je conseille d'y joindre l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 0. 25 centigr. par jour. Quand il existe du coryza syphilitique, je fais introduire deux fois par jour dans chaque narine une petite quantité de vaseline au calomel au 1/100 m. Il faut toujours, en cas de syphilis congénitale, engager la mère à nourrir elle-même son enfant ; si elle ne le peut pas, on mettra en pratique l'allaitement artificiel en le réglant minutieusement ; mais il faut savoir que ce dernier mode d'alimentation, obligatoire quand la mère elle-même ne peut nourrir, n'est qu'un pis-aller.

UN CAS GRAVE DE MALADIE DE WERLHOF, AVEC TERMINAISON FATALE (1),

Par M. ACHMETIEW, de Moscou.

Aleksieï Birioulin, âgé de 3 ans, entre à l'hôpital St-Wladimir le 27 octobre 1900. L'enfant est amené à l'asile par une personne étrangère, de sorte qu'il a été impossible d'avoir des données détaillées sur l'histoire de sa maladie. Tout ce que nous savons, c'est que pendant plusieurs jours il a eu de la fièvre, et que le jour

(1) De la section thérapeutique du Dr Alexeew de l'hôpital St-Wladimir à Moscou, *Dietskaïa Meditzina.*

avant son entrée à l'hôpital, on s'est aperçu qu'il avait eu des hémorrhagies intestinales.

Etat actuel. — Squelette bien conformé, mais peu développé; pâleur des téguments et des muqueuses. Faible développement des muscles et du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. La peau des membres du côté de l'extension, ainsi que celle de la poitrine et de l'abdomen, présente des taches de suffusions sanguines minuscules, disséminées, ne disparaissant pas à la pression. C'est aux jambes que siègent les taches ecchymotiques les plus nombreuses et dont quelques-unes atteignent les dimensions d'un pois. En outre, il existe, au niveau des articulations des coudes et des genoux, des ecchymoses de la grosseur d'une pièce de dix centimes.

Langue sèche, un peu chargée. Ballonnement modéré du ventre; garde-robes normales, pas de melœna. Les limites du foie sont normales. La rate commence à la 7e côte : on sent son bord dans la profondeur de l'espace sous-costal. L'urine est claire, acide, sa densité est de 1010; pas d'albumine ni de sucre; la réaction d'Ehrlich est négative.

Le nombre de respirations est de 32 à 36. La température, le jour de son entrée, est de 38°6 (à 5 h. du soir). A l'examen des poumons, rien d'anormal à la percussion; à l'auscultation la respiration est rude avec des râles secs, par places. Les limites du cœur sont normales. Le choc de la pointe est diffus; le premier bruit à la pointe n'est pas pur; un peu d'accentuation du second bruit de l'artère pulmonaire. A l'examen microscopique du sang on constate un léger degré de poïkilocytose; on trouve des microblastes et des globules rouges réniformes. La quantité d'éléments cellulaires du sang paraît diminuée. L'ensemencement du sang pris dans la veine médiane brachiale antérieure à l'aide d'une seringue de Pravaz a donné une culture pure de staphylocoques blancs. L'état général est assez grave; le petit malade est apathique. L'intelligence est conservée.

On met le malade au lit, et on lui prescrit du perchlorure de fer.

L'enfant est resté à l'hôpital pendant 7 jours et a eu la fièvre pendant tout le temps. La température a oscillé entre 37°8 et 39°6. Pendant les trois premiers jours la fièvre présentait le type légèrement rémittent, tandis que pendant les derniers jours elle était continue.

L'évolution de la maladie fut la suivante : pendant les 4 premiers jours un peu d'épistaxis. L'examen ophtalmoscopique pratiqué par le Dr SCHWARTZ a donné les résultats suivants : la rétine de l'œil droit dans la région de son pôle postérieur présente une quantité de petites suffusions sanguines ayant l'aspect de petites bandes très étroites et disposées sous forme de rayons convergeant vers la papille du nerf optique. La surface de celle-ci ne pré-

sente absolument pas de trace d'hémorrhagies. A une distance de quelques diamètres de la papille, en haut et en bas de cette dernière on note sur le trajet des gros vaisseaux de la rétine deux grands foyers d'hémorrhagie de formes irrégulières, recouvrant en partie les vaisseaux. Quelques foyers hémorrhagiques de dimensions moindres se trouvent dans la région de la tache jaune. Les lésions notées à l'œil gauche sont très semblables à celles de l'œil droit. Les petites hémorrhagies sont ici un peu plus nombreuses. Les grands foyers hémorrhagiques sont aussi au nombre de trois. D'après leur disposition et leurs dimensions, ils correspondent à peu près aux mêmes foyers de l'œil droit. Les artères des deux rétines sont un peu rétrécies; les veines sont remplies de sang plus qu'à l'état normal. On ne découvre pas d'autres lésions à l'examen ophtalmoscopique.

Le 5e jour le malade eut des vomissements de sang ; de plus, il commença à expectorer de la salive mélangée de sang. A l'examen de la gorge, on constata sur l'amygdale gauche une petite ulcération donnant lieu à un écoulement sanguin continu. L'érythème a pâli ; les forces du malade allaient en s'affaiblissant.

A la veille de la mort l'épistaxis reparut, l'enfant perdit ainsi un 1/2 verre de sang environ.

L'examen des yeux démontra que les hémorrhagies rétiniennes s'étaient accrues.

Le 7e jour, au matin, l'épistaxis se renouvela (la valeur d'un demi-verre de sang); il survint une hémorrhagie intestinale (sous l'influence d'envies persistantes d'aller à la garde-robe, l'enfant rendit trois caillots de sang foncé) ; en même temps apparurent les phénomènes de collapsus : faiblesse du pouls, pâleur extrême généralisée, refroidissement des extrémités, agitation.

Malgré les injections sous-cutanées d'huile camphrée et d'une solution physiologique de chlorure de sodium à la dose de 20 C. C. on ne réussit pas à remonter l'activité cardiaque. La mort survint avec des phénomènes de paralysie du cœur.

Autopsie. — Hémorrhagie sous-dure-mérienne des dimensions d'une paume de main d'enfant à la surface de l'hémisphère droit, dans la région des circonvolutions frontales. Pâleur nettement prononcée des substances grise et blanche du cerveau.

Exulcération avec désagrégation nécrosique dans l'amygdale gauche, à l'endroit du siège de l'hémorrhagie précédemment signalée. Les muqueuses du larynx et de la trachée sont hyperémiées. Les cavités pleurales sont vides. Les deux poumons sont libres, très exsangues, excepté les portions postérieures des lobes inférieurs qui sont à l'état d'hypostase. A la surface de la plèvre pulmonaire des foyers hémorrhagiques multiples, mais de petites dimensions. Le cœur présente de la dégénérescence parenchymateuse aiguë ; le muscle cardiaque est mou et friable. A la surface

du cœur, sous le péricarde, on trouve de petits foyers hémorrhagiques disséminés, et à la surface de l'oreillette droite une hémorrhagie plus considérable. La rate est un peu augmentée de volume, de coloration rouge foncé. A la surface du foie, près de son ligament suspenseur, on note une petite extravasation sanguine de la grosseur d'une pièce de 50 centimes. Le foie se présente à l'état de dégénérescence graisseuse ; il est mou, gris-brunâtre. A la section les limites des lobules sont peu marquées. La vésicule biliaire est dilatée; elle est remplie de bile épaisse et filante. La muqueuse biliaire ne présente pas de lésions très nettes. Les reins sont pâles ; les veines superficielles sont à peine perceptibles. Les ganglions mésentériques sont fortement augmentés de volume ; la plupart ont subi la dégénérescence caséeuse. La muqueuse de l'estomac présente quelques petits foyers hémorrhagiques sous forme de taches d'un rouge foncé. A l'examen de l'intestin on constate une tuméfaction modérée des plaques de Peyer et des follicules solitaires et une hémorrhagie assez considérable dans la portion inférieure de l'intestin grêle, immédiatement en avant de la valvule de Bauhin. Le sang qui remplit la cavité intestinale est épais et de couleur café. La muqueuse intestinale de cette même portion de l'intestin grêle présente de nombreuses hémorrhagies punctiformes, disséminées.

Dans cette observation, l'ensemble typique, très net, de symptômes (hémorrhagies par la peau et les viscères, ainsi que par les muqueuses du nez, de la bouche et de l'intestin), nous a permis de nous arrêter avec certitude sur le diagnostic de maladie de Werlhof. Malgré l'examen minutieux du malade, on n'a pas pu découvrir la source d'une infection septique. Pratiquée par le Dr Kaminer, la réaction iodée du sang, qui lors de l'existence d'un processus septique donne une coloration gris-brunâtre du protoplasma de globules blancs du sang, a donné dans ce cas un résultat négatif.

*
* *

Cette observation est digne d'intérêt à cause de la gravité du cas. La constatation des staphylocoques blancs dans le sang ne peut que confirmer l'opinion existante sur l'étiologie de cette maladie, celle notamment qui la rattache à un processus infectieux. Il est intéressant de faire remarquer en terminant la coïncidence, dans notre cas, du purpura et de la tuberculose (dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques).

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

LE REGIME ALIMENTAIRE AU SANATORIUM INFANTILE DE KIEW (COLONIES D'ETE DE 1896 A 1900),

Par le Dr J. W. TROITZKY, privat-docent.

Dans ce travail, j'ai pour but d exposer à l'honorable assemblée (1) le mode d'alimentation auquel ont été soumis les enfants de notre sanatorium municipal pendant la première période de son existence, période comprenant cinq années ; et j'espère que la question que je soulève ici deviendra un sujet de discussion générale. Après avoir donné comme conclusion une série d'indications scientifiques et pratiques pour nous guider dans l'avenir, je citerai concurremment les résultats obtenus, c'est-à-dire les progrès dans le développement physique. Je ne manquerai pas de réserver une place pour juger si les progrès obtenus correspondent à la quantité d'éléments nutritifs fondamentaux exigés par l'hygiène, par la physiologie et par toutes les indications existant dans la science à ce sujet.

Fondé par la bienfaisance privée et fonctionnant grâce à l'énergie infatigable de deux dames bienfaitrices de la ville, le sanatorium infantile de Kiew a pu offrir son hospitalité salutaire à un chiffre notable d'enfants faibles et maladifs de divers milieux de la population urbaine ; le chiffre d'enfants qui y ont trouvé asile pendant cinq saisons s'élève à 900. Ayant commencé modestement avec 17 enfants en 1896, le sanatorium a pu contenir 100 enfants pendant les dernières années.

Les enfants passaient habituellement 50 jours environ au sanatorium ; au milieu de l'été, ceux qui ont pris suffisamment de forces sont remplacés par un nouveau groupe de pupilles. Ce n'est que dans des cas particuliers, exceptionnels, que certains d'entre eux passent toute la saison d'été au sanatorium. Les enfants sont acceptés à la suite d'un examen de consultation à l'hôpital des enfants ; on les reçoit à partir de l'âge de 5 ans ; le contingent le plus élevé est constitué par le premier âge scolaire, — de 8 à 11 ans, — c'est-à-dire celui précisément qui subit en premier lieu les conséquences de la lutte avec les inconvénients d'ordre anti-sanitaire de l'éducation gouvernementale. Les enfants du sanatorium se trouvent toujours sous l'observation immédiate du médecin ; toutefois, indépendamment de ce dernier, presque tous nos collègues de l'hôpital d'enfants à Kiew sont venus visiter notre établissement, ainsi que bien d'autres médecins particuliers, et n'ont pas manqué de nous donner quelques

(1) Conférence faite à la Société de pédiatrie de Kiew.

indications au point de vue de diverses améliorations dans l'entretien des enfants. Un bâtiment isolé, tout près du sanatorium, se trouve réservé à l'examen des enfants qui tombent malades ; quelques lits y sont en permanence, disponibles pour soigner les enfants atteints d'affections aiguës, non contagieuses. Au moindre soupçon d'une maladie infectieuse, les enfants sont transférés à Kiew pour y être placés à l'hôpital.

Sur ces cinq années, le sanatorium infantile a été installé pendant une saison d'été à Nikolska Slobodka ; pendant la première moitié de l'été dernier, il a été établi à Mézigorië ; la fin de cet été et les trois autres saisons d'été, à Boudalka, près de Coïarka, station de chemin de fer du Sud-Ouest.

Avant de passer à l'exposition du régime alimentaire, je tiens à faire remarquer que pour les données scientifiques que je citerai plus bas, j'ai fait des emprunts aux ouvrages de MAX RUBNER (Traité d'hygiène, Saint-Pétersbourg 1897), de MASSINI VIRGINIO (Manuel : Fisiologia de la infanzia e fanciulezza, Genova, 1886).

Au point de vue de la répartition des repas, les journées au sanatorium se passaient de la façon suivante : entre 7 h. 1/2 et 8 h. 1/2 du matin, les enfants recevaient un verre et demi à deux verres de café d'orge, coupé de lait par moitié ; la ration de pain consistait en un morceau de pain bis et en une moitié d'un petit pain blanc (pain français), le tout pesant 3/4 de livre (0,75) et deux morceaux de sucre. L'été dernier, on a supprimé, pour des raisons économiques, le pain blanc les jours de la semaine (on continua à le donner le dimanche).

Les enfants dînaient entre 1 h. et 2. h. de l'après-midi. Ce repas se composait de soupe, d'un morceau de viande et d'un troisième plat composé de divers gruaux, de pommes de terre, de pâtés au fromage, aux fruits, au lait, à la farine, etc. Les dimanches et les jours de grandes fêtes, le second plat était aussi constitué par de la viande, des rôtis, des côtelettes, des bifteks avec des pommes de terre, des macaronis ou du gruau. Comme troisième plat, on donnait aux enfants des compotes, des gelées de fruits (additionnées de fécules) et des fruits crus. Les jours de très grandes fêtes (religieuses ou impériales), on ajoutait des pâtés farcis à la viande, au riz ou aux pommes. Pendant deux heures avant le dîner, les enfants se promenaient dans la forêt, ayant reçu préalablement chacun, selon leur gré, leur morceau de pain bis, auquel on ajoutait un concombre, pendant la seconde moitié de la saison d'été.

Vers 5 h. pour goûter, il y avait, de nouveau, du café d'orge au lait et du pain, et à 8 h. pour souper, on servait le premier plat du dîner. En raison du peu d'intervalle séparant les deux repas du soir et réfléchissant d'une façon très judicieuse qu'il fallait entre le souper et le coucher un intervalle d'au moins une heure et demie, on a, pendant les deux dernières saisons d'été,

modifié cet ordre de choses : le souper commençait à 6 h. du soir, et c'est alors, après le premier plat du dîner, qu'on donnait aux enfants le café d'orge au lait. Les enfants se couchaient entre 9 h. et 10 h. du soir.

Sanatoria d'été pour Enfants de 5 à 13 ans.

A. ALIMENTS EXPRIMÉS EN GRAMMES.

SUBSTANCES ALIMENTAIRES	1896	1897	1898	1899	1900	Moyenne
Lait de vache.	395	288	295	358 2	268.1	326.2
Pain noir.	230	245.6	221	338.1	401.8	286 1
Pain blanc.	131.2	196.8	284.1	332.1	23.1	193.4
Graisse et beurre.	14.4	13.1	6.7	7.9	18 2	12.1
Œufs.	32	23.2	3	7.2	8.4	14.7
Sucre.	12.8	16	15.4	22.5	18.5	17
Pommes de terre.	99.2	53.6	64.7	76.5	118.3	82.4
Farine.	25.8	32.4	32.3	72.9	32.9	39.2
Gruau.	16	9.6	17.7	21.6	22.4	17.4
Orge perlée.	11.2	9.6	14.6	18	16.8	14
Riz.	3.2	3.2	3	7.2	5.8	4.5
Viande de bœuf.	145	114.4	126	184.5	128.8	139.7

Au tableau A j'ai énuméré les produits nutritifs fondamentaux, avec l'indication de la quantité de chacun de ces produits qui revenait par pupille et par jour à partir de 1896 jusqu'à la fin de 1900. J'ai exclu de ces chiffres de chaque année la quantité d'aliments ayant servi à la subsistance du personnel domestique selon les calculs de VOIT, établis pour l'adulte, c'est-à-dire 118,0 d'albumine, 56,0 de graisse et d'hydrocarbones 500,0 par jour. Un coup d'œil jeté sur les chiffres suffit pour voir les oscillations notables dans la consommation des produits alimentaires aussi importants que la viande, le lait, le pain, la graisse et le sucre.

Pourtant, si l'on tient compte du fait que, lors de l'échange des éléments nutritifs, la graisse et les hydrocarbures se remplacent aisément et se complètent mutuellement, et que l'albumine végétale sous forme de légumine est absorbée aussi bien que l'albumine animale (RUBNER), alors de telles oscillations deviennent parfaitement compréhensibles et admissibles même au point de vue scientifique. C'est à propos du pain de seigle seulement qu'on peut dire qu'il n'est peut-être pas raisonnable de priver les enfants de pain blanc, car l'assimilation de ce dernier dépasse deux fois celle du pain bis, sans compter même que le pain noir peut contenir l'acide acétique (M. RUBNER), qui est loin d'être indifférent aux fonctions gastro-intestinales. Les oscillations non moins considérables dans la consommation des substances farineuses trouvent leur explication toute naturelle dans la difficulté de contrôler tous les détails des travaux culinaires. Dans ces cas, l'art même de savoir préparer d'une façon plus ou moins savoureuse tel plat ou tel autre ne laisse pas d'être important : en effet, ayant

acquis de suite la sympathie des enfants, ce plat figurera au menu plus souvent que les autres.

a) Équivalents en albumine, graisse et hydrocarbures.

ANNÉES	ALBUMINE			GRAISSE	HYDROCARBURES
	Animale	Végétale	Totale		
1896	52.8	41.7	94.5	43	274.4
1897	34.6	61.6	96.2	36.7	303
1898	41	56.9	97.9	33.4	355.8
1899	48	50	98	36.7	330.5
1900	50.1	46.6	96.7	44.4	343.7
Moyenne	45.2	51.4	96.6	38.8	321.5

L'opinion que j'ai émise plus haut, à savoir que les oscillations que je viens de citer sont parfaitement admissibles, se trouve corroborée d'une façon éloquente par les chiffres du tableau *a* sur lequel les données du tableau A sont traduits sous forme des éléments nutritifs fondamentaux correspondants : albumine, hydrocarbures, graisse.

Il résulte de la comparaison de la quantité d'éléments nutritifs contenus en moyenne dans la nourriture journalière des pupilles du sanatorium avec les données analogues publiées dans la littérature médicale (tableau B), que la quantité moyenne d'albumine que recevait chacun des petits colonistes dépassait considérablement la moyenne normale (96,6 et 66,9) ; quant à la quantité de

B. Quantité d'éléments nutritifs nécessaires par jour, pour des enfants de 5 a 13 ans.

AUTEURS	POIDS	ALBUMINOIDES	GRAISSE	HYDRO-carbures
Camerer.	5 ans	57.0	44.0	165.0
Alassini Virg.	5	56.0	43.0	145.0
Camerer.	6	63.7	45.8	197.3
Hildensheim.	6-10	69.0	61.0	153.0
Massini Virg.	8-9	60.0	44.0	150.0
Camerer et Hasse. . . .	10	62.0	43.0	215.0
» » . . .	12	76.0	71.0	236.0
Camerer.	11 ans	67.5	45.7	268.6
Uffelmann.	12.5	64.6	46.0	206.0
Maison d'Educ. de Munich.	âge scol.	79.0	37.0	247.0
Massini Virg.	12-13	72.0	47.0	245.0
Moyenne.	5-13	66.0	47.8	202.5
C. Voit.	adulte	118.0	56.0	500.0

graisse ingérée, elle était relativement moindre (38,8 et 47,8); par contre, les enfants consommaient incomparablement plus d'hydrocarbures (321,5 et 202,5). La quantité abondante d'albumine mise à la disposition d'un organisme anémique, faible,

épuisé, affamé, obligé, de plus, par la force des lois impitoyables de la nature, de fournir les matériaux à son accroissement, ne peut avoir que les effets les plus favorables, ce qui ressort aussi des documents reproduits ci-après. La quantité de graisse inférieure à celle qui est prescrite par l'hygiène se trouve suffisamment complétée par les hydrocarbures, ce qui est aisé à constater dès qu'on les traduit par des valeurs correspondantes en calories. La doctrine sur les échanges nutritifs enseigne que 1 gr. 0 d'albumine fournit 4,1 en calories; que 1 gr. 0 de graisse fournit 9,3 calories, et que 1 gr. 0 d'hydrocarbures donne 4,1 calor. Selon la normale indiquée sur le tableau B, le nombre de calories correspondant à la graisse et aux hydrocarbures est de 1274,79, tandis que dans les chiffres relatifs aux pupilles du sanatorium il atteint 1678,95. La prédominance de l'albumine dans la nourriture des petits colonistes fournit une plus-value de 125,46 calories. La somme totale moyenne de calories, d'accord avec le tableau B, est de 1545,49; elle est, pour les enfants du sanatorium, de 2075,05 calories. A l'âge de cinq ans le chiffre de calories par 24 heures est, selon M. Rubner, de 1213, tandis qu'à douze ans il est de 1784 calories.

En ramenant les corps nutritifs fondamentaux à leurs éléments chimiques primordiaux — azote et carbone, — il deviendra évident que, selon les données moyennes du tableau B, les enfants doivent recevoir par jour 0,6 d'azote et 10,0 de carbone par kilogr. de leur poids, puisque 1,0 de N = 4,2 d'albumine. Pour un poids moyen de 25 kilogr., la quantité d'azote par jour, exigée par l'hygiène, sera de 15,7 grammes, tandis que celle de carbone sera de 250 gr. 0. L'évaluation, selon le même schema, de ces rations pour les enfants du sanatorium offre comme résultat pour l'azote 0 gr. 9 par kilogr. de poids; quant au carbone, c'est 14,4; de sorte que pour 25 kilogr. ce sera 23,0 de N et 360,3 de C. (Wassing, Viry).

La question qui se pose à présent est de savoir quels ont été les résultats de cette alimentation, et quel a été l'accroissement du poids, de la longueur du corps et du périmètre thoracique pendant les 50 jours d'existence de ces enfants au sanatorium. En comparant entre elles les données figurées au tableau *C* et *c*, on remarque aisément le fait qui lève tous les doutes, à savoir que l'alimentation convenable et intensive, à l'air frais, et dans un endroit sain, provoque une demande plus élevée de produits alimentaires, détermine un haut degré d'énergie dans les échanges nutritifs, en donnant comme résultat une tension très forte, bien que passagère, au développement physique de l'organisme. Tandis que pendant l'accroissement normal du poids l'augmentation au bout de trois mois oscille entre 225 et 418,5 gr., les petits colonistes pendant la même période augmentent en poids de 400 à 2500 gr. L'accroissement moyen du poids à l'état normal, chez

les enfants de 5 à 13 ans, est de 321 gr. 7; au sanatorium, si l'on considère les résultats de la division par deux de la somme de deux chiffres extrêmes cités, l'augmentation du poids a été relativement très grande : de 1450 gr. En réalité, l'accroissement du poids de 2 à 2,5 kilogr. n'a été observé que dans 8 à 10 0/0 des cas; ordinairement le poids des enfants était de 700 à 800 gr. Il ne faut pas perdre de vue cette circonstance qu'en établissant le calcul d'accroissement moyen du poids selon l'âge, j'ai laissé de côté les cas où les pupilles de la colonie n'ont pas présenté du tout d'augmentation ou même subissaient une perte de poids de 300 à 400 gr. Il est assez difficile d'indiquer positivement les causes qui déterminaient ce genre de phénomènes.

Certains enfants s'ennuyaient simplement loin de leur famille et dans ce nouveau milieu, si attrayant qu'il fût. D'autres enfants supportaient mal la perte de la liberté illimitée dont ils jouissaient dans les conditions de la vie citadine. Nés dans un milieu exempt de tout ordre et règlement, les enfants des rues restaient complètement indifférents aux soins réglés et intelligents dont ils étaient l'objet; les charmes de la campagne et le spectacle des riches dons de la nature ne les impressionnaient point; au contraire, ces enfants attendaient avec impatience qu'on cessât de les combler de faveurs et d'être affranchis d'une tutelle bienfaisante; ils avaient hâte de retourner, et ils le faisaient avec une joie non contenue, dans leur milieu d'affamés, d'ivrognes, mais où règne une gaîté insouciante. Il est évident qu'en présence d'un tel état psychique, le jeune organisme ne peut se nourrir d'une manière intensive et présenter la vitalité qui lui est propre; dans ces conditions, l'arrêt dans l'accroissement du poids et même son abaissement à un taux inférieur doivent être considérés comme des phénomènes tout naturels. Les tristes cas de ce genre ont été observés, il est vrai, très rarement (2 à 3 p. 100); mais ils peuvent involontairement conduire à des réflexions fort tristes. Un rôle qui ne doit pas être peu important revient à l'uniformité du régime alimentaire pour tous les petits colonistes. *A priori* déjà on conçoit parfaitement qu'une catégorie d'enfants ait besoin, pour rétablir son développement physique régulier, d'une nourriture où les albuminoïdes prédominent, tandis qu'une autre catégorie peut parvenir aux meilleurs résultats dans ce sens, rien que par une nourriture relativement riche en corps gras et en hydrocarbures. Dans la pratique on rencontre des cas où l'introduction abondante dans l'organisme infantile d'hydrocarbures ou de corps gras est non seulement bien supportée, mais donne même des résultats plus favorables que le régime dans lequel les trois ingrédients fondamentaux de la nourriture se trouvent en proportions normales. L'hygiène et la physiologie de la nutrition, comme on le sait, admettent des oscillations considérables dans les rapports proportionnels des corps albumineux, des corps gras et hydro-

carbures, sans que ces oscillations se manifestent par des écarts sensibles dans les échanges nutritifs et dans la nutrition générale. Parmi les colonistes, il existe toujours un groupe d'enfants se nourrissant volontiers et même passionnément de plats farineux et de pain de préférence, tandis que leur organisme ne réclame l'albumine animale que d'une façon très modérée. D'autre part, il m'est arrivé d'observer nombre d'enfants qui se jettent avec une avidité particulière sur la viande et le lait, mais restent presque indifférents aux aliments farineux. Les résultats quant à l'amélioration de l'état général des enfants et quant à l'accroissement de leur poids seront dans ces cas bien moindres que dans ceux constituant la majorité, où les enfants mangent avec autant de plaisir la nourriture animale que la nourriture végétale (1).

C. Accroissement normal du poids, de la longueur du corps et du périmètre thoracique de 5 a 13 ans.

AGE	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans
Poids du corps.	15800	17600	19600	21600	23600	26100	28600	31800	35200
Longueur du corps. . .	100	105	110	115	120	125	130	135	140
Périmètre thoracique. . .	53	56	59	60	62	64	65	66	68
Accroissement du poids en un mois et demi. . . .	225	225	247,5	247	247,5	315	315	405	418,5
Accroissement de la taille en un mois et demi. . .	0,75	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0.6
Accroissement du périmètre en un mois et demi.	0,3	0.1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3

c) Sanatorium d'été pour enfants de 5 a 13 ans.

AGE	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans
Poids du corps.	16100	17395	19445	21520	23425	26000	28520	31420	34730
Lougueur du corps. . . .	101	107	113,3	117,2	122	127 4	131,8	136,5	141,6
Périmètre thoracique. . .	52,5	54,4	55,8	57,7	59	60,6	62.3	64	65,5
Accroissement du poids en un mois et demi. . . .	980,2	796	410	580	582	547	663	730	516,5
Accroissement de la taille en un mois et demi. .	1,2	1,0	0,9	0,8	1,0	0,9	0,8	0,9	0,7
Accroissement du périmètre thoracique.	1,5	1,5	0,7	1,0	0,9	1,0	0,9	1,0	1,0

(1) H.-M. Miller : Particularités anatomiques et physiologiques de l'organisme infantile, 1885, Moscou.

J.-W. Troitzky : Le dosage des médicaments à l'âge infantile. Communications à 'Université de Kiew, 1893.

J.-W. Troitzky : Signification des particularités de l'organisme en état d'accroissement, pour le dosage des médicaments.

Ibidem 1899.

Indépendamment de ce que nous venons de dire, bien des petits colonistes ont été malades durant leur séjour au sanatorium, parfois pendant 2 à 4 semaines, atteints de diverses affections imputables au refroidissement ou, le plus souvent, de troubles gastro-intestinaux déterminant, très rapidement, à l'âge infantile, un affaissement de la nutrition générale avec perte notable de poids. A ce propos, je tiens à faire remarquer que les affections gastro-intestinales ou intestinales ont été observées chez les enfants mal nourris chez eux (comme dit le proverbe russe, « parfois au Kivas, d'autres fois à l'eau ») et qui, subitement, se sont mis à introduire une quantité excessive d'aliments dans leur estomac (surcharge alimentaire).

Si, pour calculer l'augmentation moyenne du poids, on ne prend que les enfants qui se trouvaient parfaitement bien au sanatorium, dont l'appétit était excellent, qui manifestaient des signes d'un contentement parfait, physique autant que psychique, et qui quittaient le sanatorium à regret et en pleurant à la pensée de laisser leur place à d'autres, alors on constate que le degré maximum d'accroissement du poids est de 2500 et le minimum de 600 gr., avec une moyenne par conséquent de 1550 gr. pour ces cas.

La longueur du corps dépassait la moyenne normale, ce qu'on rencontre habituellement chez des écoliers faibles et anémiés ; mais l'accroissement du corps en longueur, tout en étant plus fort que d'habitude, doit être considéré comme modéré, en comparaison avec l'intensité de l'accroissement du poids.

Par rapport à la croissance accélérée, la plupart des enfants avaient la poitrine relativement étroite ; le périmètre thoracique était de 52, 5 au minimum et de 65, 5 au maximum, tandis que dans les conditions de développement normal ce périmètre oscille entre 53, 0 et 68, 0 centimètres : le périmètre moyen, qui dans le premier cas est de 59, 0 centim., est dans le second de 60, 5 centimètres. L'accroissement intensif, parfaitement naturel, du périmètre de la cage thoracique se traduit par une augmentation de 0, 7 à 1, 5 centimètres, — en moyenne : 1, 1 centimètre.

Lors du développement normal, l'augmentation du périmètre thoracique eût été de 0, 1 centimètre au minimum, de 0, 3 centim. au maximum, — en moyenne, de 0, 2 centimètre.

En manière de conclusion, je citerai les chiffres d'accroissement du poids du corps et du périmètre thoracique notés chez les petits colonistes en France et en Allemagne ; *la Médecine infantile*, 1894 (pp. 398-402) cite les faits suivants : parmi les pupilles des colonies de vacances à Francfort-sur-le-Mein, l'augmentation du poids, après un séjour de 80 jours, a atteint 2047, 5 grammes. Dans la colonie berlinoise en 1880, l'augmentation moyenne du poids, au bout du séjour de même durée, avait atteint 1842,7 grammes (maximum 2866,5 gr. ; minimum 819, 0 gr.). Les petits colonistes

envoyés par une Société de bienfaisance de Paris à Evaux-les-Bains ont augmenté de poids de 1 à 3 kilogr.

Le Dr SCHMID-MONNARD, dans un article très complet (1) sur le développement physique des enfants aux colonies de vacances, relate les observations d'un millier d'enfants à l'âge de 7 à 15 ans, appartenant aux différentes classes de la société, ayant séjourné à la campagne dans les environs de Halle pendant trois semaines. Le poids des pupilles pendant ce laps de temps a augmenté en moyenne de 1000 gr., avec un maximum de 1300 gr. et un minimum de 700 gr. Le périmètre thoracique pendant le même temps a augmenté en moyenne de 0, 6 centimètre (maximum 0, 9 et minimum 0, 4 centimètre).

Si l'on compare les résultats de l'accroissement du poids obtenus dans les colonies de Francfort et de Berlin avec les nôtres, il devient évident, en ramenant leurs chiffres aussi à la valeur proportionnelle pour la durée de 50 jours, qu'on obtient pour les premières une moyenne de 1279 gr. et de 1152, 6 gr., tandis qu'à la colonie de Kiew l'accroissement moyen du poids était de 1550 gr. De plus, le maximum d'augmentation dans la colonie berlinoise a été de 1291, 5 gr. et le minimum de 511, tandis que chez nous l'augmentation du poids oscillait entre 2500 gr. et 600 gr.

En raison de ces données numériques, il semble que nous pourrions être fiers des résultats obtenus. Pourtant, en établissant la même comparaison avec les résultats obtenus aux colonies de vacances près de Halle et surtout à Evaux-les-Bains, nous demeurons confondus et étonnés de la puissance des facteurs physiques d'une installation modèle, en présence d'une alimentation suffisante et raisonnée.

D'accord avec l'article, cité plus haut, du Dr SCHMID-MONNARD, l'augmentation moyenne du poids de petits colonistes pendant 50 jours, donne un chiffre de 2380, 9, avec un maximum de 1666, 6 gr., ou, en d'autres termes, les résultats obtenus sont 2 à 1/2 fois plus favorables que chez les nôtres. Il est très naturel et très bien fondé de la part de l'auteur de s'écrier, à propos de ces colonistes, en ces paroles pleines d'enthousiasme : ils ont ainsi, pour nous résumer, acquis en 3 semaines le développement physique d'une année : c'est tout ce qu'il était possible d'acquérir.

Des résultats presque invraisemblables ont été obtenus à la colonie d'été de la Société de Bienfaisance de Paris, établie dans une petite ville, Evaux-les-Bains (du département de la Creuse). Le séjour des enfants là-bas pendant trois semaines a eu pour résultat un accroissement du poids de 2000 gr., en moyenne, ce qui pour 50 jours équivaudrait à 47 61, 9 gr. c'est-à-dire un peu plus que trois fois le nombre de grammes obtenu par notre colonie. Le chiffre minimum établi également pour 50 jours aurait été

(1) *Jahrbuch für kinderheilkunde*, Bd. XXXVII, pp. 297-318.

de 2380, 9 grammes et le chiffre maximum de 7142, 7 gr. La description de l'organisation de cette colonie d'été, digne d'être imitée, nous enseigne que, outre l'influence du climat absolument sain et de la beauté de la région, les enfants ont pu profiter des bains des sources thermales de l'endroit, dont la valeur a déjà été appréciée par les Romains. Ayant été en tout au nombre de 42, les enfants occupèrent tout un hôtel installé convenablement. A quel point était bon le régime alimentaire, on peut en juger d'après les dépenses journalières en nourriture qui pour chacun des pupilles étaient de 2 fr. 25 centimes ; en comptant tous les autres frais, on dépensait pour chaque pupille 4 fr. 49 centimes par jour. Il n'en est pas de même à notre colonie : la dépense journalière pour chaque pupille est de 20 kop. pour la nourriture seule ; elle est de 30 kop. les autres frais inclus.

Un intérêt plus grand s'attache au fait que l'accroissement du poids peut subir un arrêt en dépit de toute la splendeur du milieu ambiant et de l'excellence du régime : ceci a été en effet observé dans deux ou trois cas à Evaux-les-Bains. En ce qui concerne le régime alimentaire et les résultats obtenus aux sanatoria d'été, établis en différents points en Russie, l'examen de leurs comptes rendus (Moscou, Pétersbourg, Varsovie, Odessa et d'autres) fait arriver à cette conclusion qu'ils se distinguent à peine de ceux constatés par les observations des petits colonistes de Kiew, et sur lesquelles je viens d'attirer votre attention.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

De l'actinomycose (1). — M. Poncet. — L'actinomycose a longtemps passé pour rare en France ; il n'en est rien : chaque année j'en vois dix ou douze cas à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; elle se localise surtout dans les voies digestives supérieures, bouche et parties voisines, plus rarement au cœcum, ou encore au rectum.

Le diagnostic d'actinomycose cervico-faciale est facile ; nous n'avons jamais manqué de le contrôler bactériologiquement ; mais il est bien des cas où l'on pourrait affirmer d'emblée la nature du mal.

En face de malades ayant une fluxion cervico-faciale paraissant d'origine dentaire et entraînant du trismus, il faut penser à l'actinomycose.

Au rectum, c'est avec les fistules anales, tuberculeuses ou non,

(1) Société de biologie. Séance du 20 juillet.

que l'on confond l'actinomycose. Mais, coïncidant avec la fistule, il existe une tumeur profonde ou un plastron sous-cutané, tout différent du syphilome ano-rectal.

La maladie guérit bien par l'iodure et les soins locaux, quand elle est traitée d'une façon précoce. Plus tard, il peut être très difficile d'obtenir une guérison : la maladie produit des décollements, des indurations étendues, des phlegmons chroniques, et ces ravages sont difficilement réparables.

Nouveau signe de la pneumonie infantile (1). — M. Weill, depuis plusieurs mois, poursuit la recherche d'un signe qu'il a observé dans la pneumonie infantile et qui est à peu près constant : *c'est le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade.*

Avant de préciser la description de ce signe, il est bon de dire qu'il a été recherché dans toutes les affections des voies respiratoires, et qu'il n'existe que dans la pneumonie. Dans la pleurésie et le pneumo-thorax, l'expansion peut manquer du côté malade, mais elle embrasse tout le côté, et est en rapport immédiat avec le siège de l'épanchement.

Elle fera défaut à la base ou, si l'épanchement est étendu, dans tout le côté malade. Au contraire, dans la pneumonie, le siège du défaut d'expansion est limité à la région sous-claviculaire, même et surtout quand la pneumonie siège à la base.

C'est un signe précoce, qui se montre dès les premiers jours et qui dure souvent au delà du terme même de la maladie.

La précocité de ce signe lui donne une très grande valeur, car il arrive souvent que les signes physiques font défaut jusqu'aux 5e, 6e et 7e jours, dans cette forme que M. Weill a désignée, dans son livre, sous le nom très expressif de *pneumonie centrifuge.*

On sait bien qu'au début on peut penser, dans les cas de pneumonie infantile, à toutes sortes d'affections.

Une des plus communes est l'appendicite et, dans un cas de ce genre envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'*appendicite*, fait par un médecin de la ville, l'interne de la porte et l'interne du service, M. Weill, en découvrant le malade et à la seule inspection des régions sous-claviculaires, put affirmer la pneumonie, qui s'est vérifiée dans la suite.

M. Weill a pu, de la même façon, affirmer d'emblée la pneumonie, dans des états qualifiés de méningite, de fièvre typhoïde, de grippe.

Ce signe est d'une constatation très facile. Il suffit de découvrir le malade placé dans la position dorsale, et d'attendre que l'agitation qui accompagne les premiers moments de l'examen soit passée, que la respiration se soit régularisée, pour apprécier la différence d'expansion des deux côtés.

Il ne faut pas confondre le soulèvement par en haut de la cla-

(1) Société des sciences médicales de Lyon. Séance du 22 mai 1901.

vicule avec l'expansion. En plaçant la face palmaire des doigts alternativement des deux côtés, on voit très bien que, du côté sain, la main est soulevée comme par une vague, tandis que, du côté malade, la main est entraînée de bas en haut comme par un courant.

Paralysie faciale congénitale par agénésie de la portion périphérique du nerf facial, avec agénésie de l'oreille. — MM. MARFAN et ARMAND DELILLE (1). — La paralysie faciale du nouveau-né est le plus souvent le fait d'un traumatisme obstétrical, opératoire ou spontané; mais il est démontré aujourd'hui qu'il y a des paralysies de la septième paire qui se développent pendant la vie intra-utérine, sous l'influence d'un vice de développement de l'appareil nerveux, et méritent seules le nom de paralysies congénitales.

D'après M. CABANNES, il en est de deux sortes: 1° bilatérales, qui coexistent avec des paralysies oculaires du droit externe, des malformations congénitales (luettes bifides, paupières mal formées, pieds-bots, syndactylie, etc.); 2° unilatérales, qui ne coexistent que rarement avec des paralysies oculaires ou des malformations, mais s'associent avec des troubles sensitifs et vaso-moteurs. Certaines de ces paralysies ont été attribuées à des atrophies ou à des compressions bulbaires, et, dans un cas, il existait une bride amniotique. Le cas que nous venons d'observer ne rentre dans aucun de ces groupes, car la paralysie faciale coexistait avec une agénésie de l'oreille.

La paralysie faciale droite était complète, les sillons effacés, la bouche attirée de l'autre côté, l'œil grand ouvert et la cornée ulcérée. Aucune réaction électrique, comme si le facial n'existait pas, a dit M. LARAT qui a fait l'examen. L'oreille ne formait qu'une sorte de bourrelet en demi-cercle, sous lequel un petit orifice admettait un stylet sur une étendue de 1 centim. 1/2, sans qu'il y ait rien qui puisse faire supposer l'existence d'une caisse du tympan.

L'enfant mourut par athrepsie. A l'autopsie, il ne nous a pas été permis de disséquer la face, mais nous avons pu constater l'absence du tronc du facial. Le rocher était représenté seulement par une petite masse osseuse, dans laquelle on ne retrouvait aucun des éléments habituels de l'os, ni sa structure habituelle. On n'y trouvait plus le trou auditif ni l'aqueduc du facial. Dans le crâne, les nerfs des sept et huitième paires étaient représentés seulement par quelques filets très grêles. Sur des coupes de la protubérance, le noyau du facial n'est plus représenté que par de petites cellules rares et très atrophiées.

Il nous semble que le trouble primitif a porté sur le rocher. Ce trouble a empêché le développement de l'oreille et de la partie

(1) Société Médicale des hôpitaux. Séance du 26 juillet.

périphérique du facial, et a entraîné l'atrophie de la portion centrale et du noyau d'origine de ce nerf.

Ein Betraig zur Kenntniss der medullaren (myelogenen) Leukaemie im Kindcsalter (1). (*Contribution à l'étude de la leucémie médullaire myélogène dans l'enfance*). — BAGINSKY rapporte un cas de leucémie myélogène observée chez un enfant de neuf ans. La rate était très grosse : il y avait une énorme multiplication des mononucléaires, des éosinophiles et de nombreux globules à noyaux. L'augmentation prédominante des mononucléaires, myélocytes d'Ehrlich, permettait de classer cette affection dans le groupe des leucémies myélogènes. Dans l'urine, il y avait augmentation de l'acide urique.

Bemerkungen über Poliomyelitis anterior acuta (2). (*Remarques sur la polyomyélite antérieure aiguë*). — Axel JOHANNESSEN.

L'origine toxi-infectieuse s'appuie plutôt sur les données cliniques que sur la bactériologie, les recherches à ce point de vue étant souvent négatives ; cependant HARBITZ trouva dans le liquide céphalo-rachidien un diplocoque ou diplobacille. SCHULTZE vit un microbe se rapprochant du microbe de Weichselbaum. Souvent la polyomyélite revêt une allure épidémique ; c'est surtout dans les mois d'été et d'automne qu'on l'observe. Après avoir résumé l'histoire de différentes épidémies dont on trouve la relation dans la littérature, l'auteur en vient aux faits qu'il a observés de 1893 à 1899 dans la clinique pédiatrique de l'Université de Christiania. Dans près de la moitié des cas, il s'agissait d'enfants de un à deux ans. Le maximum des cas (sept) fut en 1896. Dans le cas où le début a été marqué par des troubles gastro-intestinaux, on peut se demander s'il ne faut pas voir là la porte d'entrée.

Quant au traitement, il consista en gymnastique et massage.

La cryoscopie des urines — E. PÉRIER. — On a donné le nom de cryoscopie à l'étude des corps dissous fondée sur l'observation du point de congélation de leurs dissolutions.

Les lois fondamentales qui régissent cette nouvelle méthode ont été ainsi formulées par M. RAOULT :

1° Toute substance solide, liquide ou gazeuse, en se dissolvant dans un corps défini liquide, capable de se solidifier, en abaisse le point de solidification, et cela d'autant plus que la solution est plus concentrée.

2° Si le corps dissous existe dans la solution, non combiné à l'eau, s'il n'est en aucune façon altéré par l'eau, l'abaissement du point de congélation Δ est proportionnel au poids de substance dissoute P, contenu dans 100 grammes d'eau.

(1) *Fetschrift in Honor of Jacobi*, New-York, 1900.
(2) *Ibid.*

3° Lorsqu'on dissout une molécule ou une quantité proportionnelle au poids moléculaire d'une substance quelconque dans une quantité constante d'eau, on abaisse toujours le point de congélation du dissolvant de la même quantité, quelle que soit la nature de la substance dissoute.

4° Lorsque plusieurs substances différentes sont contenues à la fois dans une même solution, l'abaissement du point de congélation de la solution commune égale la somme des abaissements des points de congélation qu'aurait amenés chaque substance dissoute seule.

La cryoscopie comparée de l'urine normale et de l'urine dans divers états pathologiques a déjà fourni des résultats intéressants à la physiologie pathologique entre les mains de MM. H. Claude et V. Balthazard, notamment, qui ont formulé les conclusions suivantes :

Dans les maladies du cœur, la cryoscopie prouve, ce que la clinique avait déjà bien vu, que l'éréthisme cardiaque produit une tension artérielle exagérée et active la vitesse de la circulation du sang dans les vaisseaux, et en particulier dans les vaisseaux du rein, d'où surélévation des valeurs cryoscopiques de l'urine ; au contraire, les lésions valvulaires, les myocardites amènent une insuffisance circulatoire souvent très manifeste, d'où abaissement des valeurs cryoscopiques.

Dans les affections cardiaques compensées, la cryoscopie ne montre aucune différence avec les individus normaux ; mais que le malade se surmène, et elle révèle aussitôt une insuffisance circulatoire légère que la clinique n'aurait pu déceler. Cette méthode est surtout appelée à rendre des services dans l'appréciation des modifications circulatoires qui surviennent grâce aux moyens thérapeutiques : digitale, théobromine, etc.

Altérations du foie et des globules rouges chez un enfant né d'une mère éclamptique et diabétique (1). — MM. Charrin et G. Delamare, chez un enfant dont la mère, diabétique, avait présenté des attaques d'éclampsie durant la grossesse, ont constaté des altérations du foie (dégénérescence des cellules hépatiques, lesquelles étaient en grande partie privées de leur protoplasma, nombreuses hémorrhagies, etc.) et des hématies (colorabilité par les couleurs basiques d'aniline, comme le rouge de Magenta), en tout semblables à celles que l'on observe dans le foie des éclamptiques et dans le sang des diabétiques.

Ils ne croient pas, toutefois, qu il faille voir là des phénomènes d'hérédité directe : comment admettre, en effet, que, dès la conception, les éléments ovulaires d'où sont dérivées les cellules hépatiques aient pu être impressionnés par le processus éclampti-

(1) Académie des sciences. — Séance du 1er juillet 1901.

que, alors que celui-ci n'apparut que vers la fin de la grossesse.

Ils pensent plutôt que les principes anormaux circulant dans le sang maternel — et nés, les uns sous l'influence de l'éclampsie, les autres sous celle du diabète — ont franchi la barrière placentaire et sont venus léser les organes fœtaux.

En tous cas, le fait est intéressant en ce qu'il montre que si, d'ordinaire, les ressemblances entre générateurs et descendants ne portent que sur les éléments accessoires (phanères, couleur des cheveux, etc.), ces analogies, quel qu'en soit le mécanisme, peuvent aussi intéresser des cellules hautement différenciées et destinées à ces fonctions importantes.

De l'hérédité des anomalies dentaires. — M. GALIPPE (1). — On observe fréquemment, dans une même famille, de nombreuses anomalies dentaires. Les influences héréditaires les plus diverses peuvent causer des anomalies, et les anomalies peuvent prendre des apparences très variées, portant sur la forme des dents, leur siège et leur structure. Les issus de tuberculeux, d'alcooliques, de névropathes, de saturnins, etc., portent des stigmates de ce genre, différents selon le sujet atteint, et sans qu'une forme spéciale d'anomalie puisse être rattachée à une étiologie déterminée. Chez les droitiers, les anomalies siègent le plus souvent à gauche, et inversement chez les gauchers.

Outre cette hérédité morbide, il existe une hérédité tératologique, c'est-à-dire que le père ou la mère porteurs d'une anomalie peuvent transmettre à leurs descendants, soit la même anomalie (hérédité similaire), soit une anomalie dentaire d'autre forme (hérédité dissemblable). Souvent l'hérédité tératologique et l'hérédité dégénérative se combinent.

Accidents pulmonaires consécutifs aux lésions du nez, de l'oreille et de la région rétro-pharyngienne (2). — M. RENDU. — Il existe toute catégorie d'affections broncho-pulmonaires tenaces qui reconnaissent pour cause une suppuration du nez, de l'oreille ou de l'arrière-gorge. L'ensemencement direct de ce pus crée la maladie pulmonaire dont le microbe pathogène n'est autre que celui de la suppuration nasale ou auriculaire primitive.

Tantôt il est possible de suivre la filiation des accidents : coryza initial, puis angine, laryngite, trachéite, enfin bronchite; tantôt les étapes intermédiaires disparaissent, et d'emblée éclatent les manifestations broncho-pulmonaires dont l'origine cesse d'être évidente.

Ces infections descendantes affectent toutes les formes possibles, depuis la toux quinteuse et coqueluchoïde jusqu'aux signes de la congestion pulmonaire, de la pneumonie lobaire et de la

(1) Acad. de médecine, 23 juillet 1901.

(2) Travail de M. MARTIN DU MAGNY (de Bordeaux) à l'Académie de Médecine. Séance du 25 juin 1901.

broncho-pneumonie. Bien que leurs allures cliniques ne soient pas tout à fait celles de la tuberculose, il est très facile de les confondre avec cette dernière maladie ; le diagnostic repose sur la constatation de deux faits :

En premier lieu, on note l'existence, dans les voies aériennes supérieures, d'un foyer de suppuration qui occupe soit le nez, soit l'oreille, soit les sinus frontaux ou maxillaires, et se révèle, presque toujours, par une traînée purulente descendant le long du pharynx et visible à l'inspection de la gorge.

En second lieu, la culture des sécrétions naso-pharyngiennes et celle des crachats broncho-pneumoniques fournissent des résultats identiques (présence d'un microbe pyogène et absence du bacille de la tuberculose).

Le décubitus latéral paraît constituer un facteur important de l'ensemencement du pus dans l'arbre bronchique, vraisemblablement par le fait de la déclivité. L'expérimentation confirme, du reste, cette pathogénie. En outre, il résulte des recherches de M. Martin du Magny que le poumon infecté correspond assez souvent au côté sur lequel le malade a l'habitude de se coucher.

Albuminurie orthostatique (1). — MM. Méry et Souchard. — Deux enfants ont présenté une proportion élevée d'albumine à diverses reprises et atteignant 3 gr. 50 et même 8 gr. (quantités ne se rapportant, bien entendu, qu'à une miction déterminée), alors que généralement les quantités d'albumine constatées ne dépassent guère 25 à 50 centigrammes. Les maxima d'albumine se sont presque toujours produits à la fin de la matinée, avant le déjeuner.

L'examen cryoscopique a été généralement normal. Cependant, deux fois le rapport a paru un peu relevé. A noter également, dans la première observation une inversion de la sécrétion urinaire, caractérisée par de la polyurie nocturne, phénomène assez habituel chez les albuminuriques orthostatiques.

M. Méry rappelle, à propos de ces faits, que, comme cela a été déjà indiqué par divers auteurs, l'albuminurie à type orthostatique peut se rencontrer au cours d'une néphrite non douteuse, et il a pu en observer deux cas nouveaux. Dans un autre fait, une albuminurie probablement fonctionnelle a pu, au début, être diurne et nocturne, puis est demeurée plus tard nettement orthostatique. Il semble donc que ce dernier caractère soit insuffisant pour caractériser une variété d'albuminurie.

Albuminurie familiale orthostatique. — MM. Achard et Lœper. — Une jeune fille est atteinte d'albuminurie orthostatique, avec cette particularité que l'albumine ne disparaissait pas complètement pendant la position couchée, mais augmentait notablement par la position debout. L'examen cryoscopique et l'épreuve du bleu

(1) Société médicale des hôpitaux. Séance du 14 juin 1901.

de méthylène ont montré l'existence d'une insuffisance rénale assez marquée. La sœur cadette de cette malade est atteinte ellemême d'albuminurie orthostatique, et son observation a été publiée il y a un an. Ce fait établit une transition entre les albuminuries permanentes et les albuminuries purement orthostatiques. L'albuminurie orthostatique paraît comprendre des faits dont les causes sont variées, dont l'évolution diffère et dont le pronostic est également différent.

Maladie d'Addison dans un mal de Pott Extériorisation de la mélanodermie latente (1). — MM. Jacquet et Trémolières apportent l'observation d'un tuberculeux chez qui l'application de cataplasmes chauds a provoqué en quelques jours une forte pigmentation locale.

M. Jacquet pense à une tuberculose surrénale ou à une lésion du sympathique qui fut extériorisée par cette irritation cutanée.

Or, chez un pottique à pigmentation génitale, la même application a fait naître en une dizaine de jours l'hyperchromie cutanée. Ce malade vient de succomber, et on put voir ses capsules surrénales bourrées de masses caséeuses.

Cela rend vraisemblable l'*extériorisation* possible de la mélanodermie, jusque-là potentielle dans les cas frustes d'addisonisme.

MÉLANGES SCIENTIFIQUES

Le liquide céphalo-rachidien dans le zona. — MM. Achard, Lœper et Laubry communiquent dix-sept cas de zona dans lesquels ils ont fait l'examen microbiologique du liquide céphalo-rachidien. Huit cas seulement ont donné des cultures; il s'agissait cinq fois de bacilles n'appartenant pas à une espèce unique; d'autres fois, il y avait des staphylocoques, du bacille pyocyanique, et une fois le streptocoque associé au staphylocoque. Il est probable que, dans quelques cas, les cultures provenaient d'impuretés; mais cette interprétation ne saurait être admise pour tous les cas, attendu que l'examen du liquide sur lames après centrifugation a permis deux fois de reconnaître la présence de bacilles.

L'examen des globules blancs, pratiqué seize fois, a été huit fois négatif. Dans les autres cas, on a trouvé des lymphocytes, généralement peu nombreux, et une fois 6 0/0 de polynucléaires.

Les cas ayant donné des cultures ne dataient pas de plus de sept jours.

En somme, ni la réaction leucocytaire, ni la présence de microbes dans le liquide céphalo-rachidien ne sont constantes au cours du zona dit essentiel. D'autre part, des microbes divers paraissent susceptibles de provoquer le zona.

(1) Séance du 21 juin 1901.

La leucocytose de la rougeole. — MM. Jules COURMOND, MONTAGARD et PÉHU ont fait une étude des leucocytes de la rougeole, spécialement en vue de différencier, par l'examen du sang, la rougeole des rahs varioliques. Les résultats sont très nets. La rougeole s'accompagne d'hyperleucocytose légère, exclusivement polynucléaire. Les complications l'accusent notablement Jamais on n'observe ni myélocytes, ni hématies nucléées, ni mononucléose quelconque. Une plaque sèche de sang suffit donc à faire le diagnostic différentiel. En outre, les éosinophiles sont diminués chez l'enfant, ce qui distinguerait la rougeole de la scarlatine, s'il est vrai, comme certains auteurs l'ont affirmé, ,que la scarlatine s'accompagne d'éosinophilie. C'est une nouvelle étude à entreprendre sur la scarlatine.

Un cas de méningisme hystérique. — MM. MÉRY et COURCOUX présentent une malade qui a eu, à deux reprises, des crises de méningisme hystérique. Cette malade avait antérieurement été soignée pour des accidents péritonéaux considérés comme de nature tuberculeuse. Elle a été récemment opérée pour une crise d'appendicite ; péritoine et appendice ont été trouvés sains. Il semble bien que toutes ces manifestations pathologiques aient été de nature purement hystérique.

La ponction lombaire, qui avait été faite pour assurer le diagnostic, a montré l'absence de toute réaction inflammatoire des méninges, mais, en outre, elle a amené d'une façon pour ainsi dire instantanée, la cessation des accidents de méningisme, et cela lors des deux crises. Lors de la seconde crise, une ponction simulée, sans extraction de liquide, ne modifia en rien les accidents de méningisme. Comment la ponction lombaire a-t-elle agi? Est-ce par suggestion ? la soustraction d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien a-t-elle pu avoir une influence ? On ne peut faire que des hypothèses. Il serait intéressant de renouveler cette tentative dans les cas de léthargie hystérique.

Méningite tuberculeuse expérimentale et son traitement par la zomothérapie (1).— MM. CH. RICHET et JEAN-CH. ROUX ont étudié les effets comparatifs de l'alimentation à la viande crue et à la viande cuite dans la méningite tuberculeuse expérimentale. Ces expériences ont porté sur vingt chiens. Tous ont été inoculés aseptiquement à l'aide d'une aiguille de Pravaz par ponction de la membrane occipito-atloïdienne à travers la peau et les muscles du cou.

Un phénomène constant qui n'avait pas été noté jusqu'à présent, c'est l'hypothermie progressive que présentent les animaux pendant toute la durée de la maladie jusqu'au moment de leur mort.

Sur onze chiens à la viande crue, trois ont survécu ; sur neuf chiens à la viande cuite, un seul a survécu, mais il a succombé à

(1) Société de biologie, séance du 2 juin 1901.

une injection de tuberculine, tandis que les animaux à la crue, guéris, ont résisté à une injection de tuberculine.

Sur la présence de l'oxyde de carbone dans le sang du nouveau-né. — M. M. NICLOUX (1). — Le gaz oxyde de carbone se rencontre d'une façon constante dans le sang du nouveau-né à Paris. La proportion est d'environ 0 c. c. 11 pour 100 centimètres cubes de sang. J'ai caractérisé l'oxyde de carbone en extrayant les gaz de 500 centimètres cubes de sang fœtal. Je me débarrasse de l'acide carbonique par la potasse, de l'oxygène par l'hydrosulfite de soude, et, dans le résidu, la réaction sur l'acide iodique, l'absorption totale par l'hémoglobine, la décomposition par le vide de la combinaison avec l'hémoglobine permettent l'identification avec l'oxyde de carbone.

A propos des rapports entre les échanges nutritifs et les quantités de lait ingérées par les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel. — MM. H. DE ROTHSCHILD et L. NETTER. — Nous communiquons les résultats de nos recherches sur huit nourrissons soumis à l'allaitement artificiel. Le lait est d'autant mieux utilisé que la quantité ingérée a été plus faible ; la quantité de fèces excrétée est relativement beaucoup moindre quand le nourrisson prend peu d'aliments. Enfin, les gains de poids et de matériaux nutritifs sont aussi satisfaisants avec des doses minimes de lait stérilisé par jour. Il est donc possible, comme l'a déjà remarqué M. BUDIN, de donner aux nourrissons une dose quotidienne de lait très petite (3 à 600 gr. dans les premiers mois de la vie) sans nuire à leur croissance.

Injections iodoformées par la voie épidurale pour traiter certaines formes de mal de Pott (2). — M. P. MAUCLAIRE. — J'ai employé la méthode épidurale pour traiter certaines formes de mal de Pott, et j'ai suivi comme technique opératoire celle indiquée par SICARD, CATHELIN, BROCARD. J'ai poussé ainsi par la voie sacro-coccygienne, avec la plus grande facilité, 3 centimètres cubes de glycérine iodoformée. L'injection n'a pas été douloureuse. Dans un cas seulement, sur trois, il se produisit une légère élévation de température qui céda rapidement.

Je tiens à signaler l'innocuité absolue de cette méthode, et j'attends d'avoir suivi plus longtemps les malades ainsi traités pour me prononcer sur la valeur thérapeutique de ces injections médicamenteuses.

Présence de l'oxyde de carbone dans le sang du nouveau-né. — M. NICLOUX. — Avant de discuter sur des données précises de l'origine de l'oxyde de carbone contenu dans le sang du nouveau né et dont j'ai démontré récemment la présence, il était nécessaire

(1) Société de biologie, séance du 15 juin 1901.
(2) *Ibid.* séance du 29 juin 1901.

d'établir si l'oxyde de carbone passe de la mère au fœtus. C'est l'objet de ma communication. Toutes mes expériences ont été faites sur le cobaye ; elles montrent que, pour des mélanges compris entre 1/1000 et 1/0000, les teneurs en oxyde de carbone du sang maternel et du sang fœtal sont égales ; elles sont aussi proportionnelles à la quantité d'oxyde de carbone contenu dans le mélange gazeux respiré (ce qui vérifie la loi d'absorption de GREHANT). Pour les mélanges très toxiques ayant amené la mort en un temps très court, la quantité d'oxyde de carbone est très petite vis-à-vis de celle contenue dans le sang de la mère.

Notes sur les organes hématopoïétiques et l'hématopoïèse dans la yanose congénitale. — M. EMILE WEIL. — A l'autopsie de deuxfillettes de 2 et 4 ans, atteintes de cyanose avec hyperglobulie, nous avons trouvé une rate très volumineuse dans un cas, normale dans l'autre, les ganglions non tuméfiés, une grosse congestion avec prolifération notable de la moelle osseuse, enfin la persistance et l'hypertrophie du thymus, qui pesait 5 grammes chez l'enfant de 4 ans, 13 grammes chez la plus jeune.

Il semble donc que les organes hématopoïétiques réagissent dans la cyanose, pour produire l'hyperglobulie, mais leur participation n'est ni uniforme ni constante, comme déjà l'avait vu M. VAQUEZ. Microscopiquement, dans tous les organes, et surtout le thymus, nous avons trouvé une transformation de tissu conjonctif en tissu muqueux, et dans ce tissu proliféré et rajeuni de nombreuses cellules vaso-formatives, où se développaient des hématies. Nulle part, l'importance de la vaso-formation capillaire n'était aussi considérable que dans le thymus, dont les coupes ressemblaient à celle d'un angiome.

Il semble que, dans la cyanose, les hématies se forment, comme à un moment du développement fœtal, dans les cellules mésodermiques, et comme alors, cette formation n'est pas localisée à certains organes. C'est ce qui explique que les organes hématopoïétiques hypertrophiés ne le soient pas de façon constante.

Vaccine chez le cobaye. — MM. BENOIT et ROUSSEL ont obtenu facilement chez le cobaye de belles éruptions vaccinales en employant la méthode qui a été indiquée par MM CALMETTE et GUÉRIN pour la vaccination du lapin. D'après MM. BENOIT et ROUSSEL, le cobaye serait un réactif du vaccin plus sensible que le lapin, et on pourrait l'utiliser dans les centres vaccinogènes pour apprécier la virulence du vaccin.

Anesthésie gustative et hypo-esthésie tactile de la langue par lésion de la corde du tympan. — MM. N. VASCHIDE et L. MARCHAND. — Chez une jeune fille dont la membrane du tympan était lésée du côté gauche à la suite d'une otorrhée, les auteurs ont trouvé non seulement une ageustie complète dans la moitié gauche des deux

tiers antérieurs de la surface supérieure de la langue, mais aussi une diminution très notable de la sensibilité tactile du côté malade. Ce cas montre que la corde du tympan contient, comme le glosso-pharyngien, des filets de la sensibilité générale et que ces deux nerfs non seulement peuvent transmettre à des degrés divers toutes les saveurs, mais aussi les impressions tactiles. Au point de vue physiologique, ils ont mêmes fonctions. C'est, au point de vue anatomique, une confirmation des idées de Mathias Duval, d'après qui le nerf de Wrisberg et le glosso-pharyngien se terminent dans un même noyau du bulbe.

Examens histologiques de thyroïdes et de testicules d'infantiles (1). — M. Apert a fait des coupes histologiques des glandes à sécrétion interne de deux infantiles, morts tous deux de tuberculose. Le premier, âgé de vingt et un ans, n'avait que 1 m. 17 de taille, aucune trace de puberté, et avait absolument l'aspect d'un enfant de huit à dix ans. Le second, âgé de dix-neuf ans, mesurait 1 m. 26, n'avait aucun développement du système pileux ; la verge et les testicules étaient minuscules.

Chez tous deux, on trouva, à l'autopsie, les épiphyses des os encore séparées des diaphyses par un cartilage épiphysodiaphysaire semblable à ceux des enfants. Le corps thyroïde, la pituitaire, les capsules surrénales, les testicules ont été recueillis pour l'examen histologique.

Les capsules surrénales sont normales.

La pituitaire, normale chez le premier sujet, présente chez le second une congestion intense, des capillaires gorgés de sang et les cellules propres de la glande, volumineuses avec de gros noyaux fortement colorés.

Le corps thyroïde du premier sujet est, comme tout son organisme, à l'état infantile, mais ne présente d'autres lésions que celles qui sont banales dans la tuberculose.

Chez le second sujet, le corps thyroïde est au contraire profondément altéré. Déjà, à l'œil nu, on notait une tumeur grosse comme une noisette au milieu du lobe droit. A l'examen histologique, on voit que le tissu propre de la glande est profondément altéré ; les cellules se colorent en teintes indécises, et les noyaux se voient mal ou pas. La tumeur est formée au contraire de grosses cellules bien colorées, de même type que les cellules thyroïdiennes normales, mais disposées en cordons cellulaires semblables à des travées hépatiques. Ces cordons rayonnent autour d'un centre formé de tissu d'apparence myxomateuse. Dans le lobe gauche, l'examen histologique a révélé la présence d'une petite tumeur semblable en pleine substance thyroïdienne, formée également d'un centre myxomateux et de travées de cellules

(1) Société anatomique, 21 juin 1901.

thyroïdiennes rayonnant de ce centre vers la périphérie ; ces tumeurs sont encapsulées ; elles tranchent vivement par leur coloration foncée sur le reste du corps thyroïde, dont les cellules prennent très mal la couleur.

Les testicules ont, chez tous les deux, l'aspect histologique de testicules d'enfant. Il n'y a pas trace de spermatogenèse, et les noyaux sont à l'état statique. En outre, chez le second, l'albuginée est très épaisse, scléreuse et d'épaisseur irrégulière, et envoie à l'intérieur de la glande des cloisons conjonctives épaisses et chargées d'éléments cellulaires. Il y a, en somme, une sclérose jeune inflammatoire de la glande.

CHIRURGIE INFANTILE

Anomalie de la voûte palatine (1).— M. Ehrmann. — Le jeune homme que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteint d'une malformation du palais extrêmement rare. Le palais osseux est profondément échancré : il n'y a que 23 milimètres entre l'angle antérieur de la perte de substance de l'os et le sillon incisival. Le tissu fibreux épais, grisâtre, qui le recouvre, est en continuité immédiate avec deux replis profonds qui occupent les parties latérales du voile et se confondent en arrière avec les piliers antérieurs. De cette disposition résultent deux sortes de brides qui tendent à maintenir le voile en position verticale et contrecarrent l'action de ses muscles élévateurs. Aussi la voix est-elle nasonnée, l'articulation grimaçante.

J'ai commencé par soumettre ce garçon, aujourd'hui âgé de quinze ans, à des leçons quotidiennes d'orthophonie. Il en a retiré une grande amélioration ; mais depuis quelque temps les progrès sont stationnaires. Aussi me suis-je demandé si une incision transversale à l'origine du voile, transformée, à la faveur d'une mobilisation de lambeaux périostiques latéraux, en une ouverture losangique que l'on suturerait en travers, n'amènerait pas, en abaissant l'insertion supérieure, le relâchement des plis qui paraissent brider l'organe et n'en favoriserait pas dès lors l'assouplissement.

Polydactylie ; radiographie (2). —M. Péraire présente un nouveau cas de polydactylie avec épreuves radiographiques. Le malade a six doigts à chaque main et à chaque pied. Ces doigts ne sont ni déviés, ni difformes. Chaque doigt surnuméraire possède ses propres tendons et fonctionne parfaitement. Non seulement les phalanges sont surnuméraires, mais aussi les métacarpiens et les métatarsiens.

Il n'y a donc là rien de commun avec ces cas de sexdigitisme

(1) Société de chirurgie, séance du 5 mai 1901.
(2) Société anatomique, séance du 28 juin 1901

bien connus où les doigts dépourvus de squelette sont unis par un pédicule à la surface cutanée,

Pied-bot talus ; radiographie. — M. PÉRAIRE montre, au nom de M. LONGUET et au sien, la radiographie d'un pied-bot talus (pied creux) d'origine paralytique.

Les téguments ont une épaisseur considérable au niveau du talon ; de plus, le calcanéum est allongé dans le sens vertical, absolument comme s'il avait basculé d'arrière en avant. On dirait que sa face antérieure est devenue supérieure et sa face postérieure, inférieure.

Tous les muscles de la jambe sont dans un état d'atrophie manifeste..

Malformations faciales, crâniennes et cérébrales chez un nouveau-né. — M. HAWTHORN. — Ces malformations ont été rencontrées chez un enfant mort à l'âge de 8 jours, dans le service de M. D'ASTROS, de Marseille (1).

La première est un bec-de-lièvre du côté gauche dû à l'absence totale du bourgeon incisif ; l'apophyse palatine du même côté incomplètement développée ne rejoint nulle part la ligne médiane, créant ainsi une gueule de loup.

A droite les bourgeons intermaxillaires se sont développés, mais en arrière l'apophyse palatine ne rejoint pas non plus le vomer, laissant de ce côté aussi une large communication entre la fosse nasale et la cavité buccale. En outre, absence complète du voile du palais. La cloison nasale, non soutenue à gauche, est déviée à droite La cloison cartilagineuse du nez n'est pas développée.

Le crâne présente un raccourcissement sensible du diamètre antéro-postérieur ; deux écailles frontales complètement et largement séparées par la fontanelle sur la ligne médiane. Etage antérieur de la base bien développé, étage moyen rétréci dans le sens antéro-postérieur.

L'encéphale offre des anomalies autrement intéressantes : tout d'abord une atrophie marquée de la region des hémisphères située en arrière de la scissure de Sylvius ; cette dernière, largement ouverte à la base, perd sa profondeur et s'arrête presque immédiatement, ne parvenant pas sur la face externe des hémisphères. Mais les anomalies portent surtout sur le système commissural interhémisphérique : nous constatons en effet l'absence complète du corps calleux, des commissures blanches antérieure et postérieure, de la commissure grise, du trigone. Notons à côté de l'absence de ce dernier la persistance du tœnia semi-circularis. Rapprochons enfin de ces derniers faits l'existence des lobes olfactifs mais réduits à des proportions infimes, le quart à peine du volume habituel, à cet âge de la vie.

(1) Comité médical des Bouches-du-Rhône, séance du 5 juillet 1901.

Dernière anomalie : les deux lobes latéraux du cervelet, bien développés, ne sont réunis que par un vermis rudimentaire représenté par un pont épais de substance cérébelleuse jeté entre les deux lobes à leur extrémité supérieure seulement.

La voûte du 3e ventricule était représentée par une toile choroïdienne qui le fermait complètement.

Ponction lombaire pour traumatisme du crâne. — M. Courtin a présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (1) du liquide céphalo-rachidien très nettement teinté de sang provenant d'une ponction lombaire pratiquée chez un enfant de trois ans qui, à la suite d'une chute de trois mètres de haut, fut apporté à l'hôpital avec une ecchymose frontale droite assez accusée et une ecchymose lombaire considérable. L'enfant à son arrivée était dans un état demi comateux. Dans la nuit, il eut sept ou huit vomissements, dont quatre ou cinq sanguinolents. Le diagnostic de fracture de la base du crâne ne pouvait être affirmé. La ponction lombaire a permis de retirer 1 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien très nettement sanguinolent. Sans exagérer l'importance de ce fait, M. Courtin pense qu'il peut faciliter le diagnostic de fracture de la base.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Prophylaxie des ophtalmies ou conjonctivites des nouveau-nés (2). — M. Pinard. — Le Sénat, sur la proposition de M. Pédebidou, a invité le gouvernement à adresser à toutes les sages-femmes de France une circulaire pour leur rappeler qu'il est un remède souverain contre l'ophtalmie purulente : le permanganate de potasse.

L'Académie est appelée à formuler son avis. M. Pinard, chargé du rapport, rappelle l'importance de la question, puisque les ophtalmies purulentes constituent encore la cause la plus fréquente de cécité.

Toutes les recherches démontrent que les ophtalmies purulentes des nouveau-nés sont causées par l'infection. Si le gonocoque est, dans la majorité des cas, la cause de l'ophtalmie, d'autres microbes ont été aussi incriminés : le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le bacille diphtérique, le bacille de Wecks, le colibacille, etc.

Il y a donc *des* ophtalmies purulentes, et non *une* ophtalmie purulente.

L'infection se produit au moment où la conjonctive de l'enfant se trouve en contact avec les parois du vagin. La conjonctive de l'enfant offre un terrain de réceptivité beaucoup plus sensible que celle de l'adulte.

(1) Séance du 31 mai 1901.
(2) Académie de médecine, 16 juillet 1901.

L'infection peut se faire, la tête de l'enfant étant encore dans l'utérus; mais il faut que les membranes soient rompues. Les causes d'infection sont alors apportées du dehors, par les instruments ou le toucher. Dans ces cas, l'ophtalmie, se produisant avant la naissanceou au moment de la naissance, est dite primitive.

La contagion peut se produire après la naissance par les objets de toilette, les mains, etc. C'est l'ophtalmie secondaire. Certains auteurs pensent qu'il s'agit alors d'ophtalmie primitive à début tardif; mais les observations de M. Pinard montrent bien qu'il existe réellement une ophtalmie secondaire due aux nourrices qui infectent les yeux de leurs nourrissons.

La prophylaxie consiste à mettre les yeux de l'enfant à l'abri des germes septiques. Crédé la basait sur la désinfection génitale avant la naissance et la désinfection des yeux de l'enfant après la naissance : injections vaginales répétées à l'eau phéniquée, instillation conjonctivale d'une solution de nitrate à 1/50 après la naissance. Ces précautions firent baisser le nombre des ophtalmies des nouveau-nés. Tarnier adopta les insufflations d'iodoforme porphyrisé. Pinard employa successivement le biiodure, le jus de citron, l'acide citrique, le permanganate de potasse. Avec ces divers procédés, le résultat est sensiblement le même et la proportion est de 1,75 ophtalmies pour 100 d'enfants nouveau-nés. Depuis, M. Pinard a employé la solution d'aniodol.

La proportion des ophtalmies, de même que celle des infections puerpérales, a été ramenée de 10 à 14 pour 100, chiffre ancien, à 1 pour 100. Mais, malgré tous les procédés employés, il est impossible d'éviter complètement l'ophtalmie purulente. La clinique montre bien que les bons résultats tiennent plus à la manière dont les soins sont donnés et à leur précocité, qu'à la nature des antiseptiques.

L'emploi du permanganate de potasse doit-il être imposé aux sages-femmes à titre préventif, ainsi que M. Pédebidou l'a demandé à l'Académie ? Non. M. Pinard conclut son rapport par les propositions suivantes. L'Académie, pour faire diminuer le nombre des aveugles, propose au gouvernement, pensant qu'il est inutile d'adresser aux sages-femmes une circulaire pour leur rappeler qu'il existe un remède souverain pour l'ophtalmie purulente :

1° De faire distribuer dans toutes les mairies, avec l'acte de naissance, une courte notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers des ophtalmies des nouveau-nés ;

2° De prendre des mesures pour que la déclaration immédiate des ophtalmies purulentes soit faite dans tous les cas et partout en France ;

3° Qu'un médecin ophtalmologiste soit attaché à toutes les maisons d'accouchement (cliniques et maternités) pour diriger le traitement curatif des ophtalmies purulentes et l'enseigner aux élèves médecins et sages-femmes

Détubation au moyen de l'électro-aimant (1). — M. Collet. — Un des obstacles à la diffusion du tubage réside certainement dans la difficulté de certaines détubations, qui peut être supprimée par le procédé suivant. L'instrumentation se compose : 1° d'un accumulateur portatif quelconque ; 2° d'un électro-aimant allongé, peu volumineux, très maniable, tenant parfaitement entre le pouce, l'index et le médius. Il porte, à l'une de ses extrémités, une armature de fer doux, recourbée et mousse, destinée à pénétrer jusqu'au larynx. Les tubes, dont la forme importe peu, sont en acier ou en fer doux, nickelés. Leur face supérieure est plane.

Pour détuber, il suffit d'introduire l'extrémité recourbée de l'électro-aimant dans le pharynx, et de la pousser, derrière la base de la langue, dans la direction du larynx, jusqu'à ce qu'elle ait pris contact avec le tube ; on sent alors que l'instrument est immobilisé ; on n'a qu'à le retirer pour ramener le tube avec. La détubation peut se faire d'une seule main, car il n'est pas nécessaire d'aller reconnaître le tube avec l'index gauche ni même de relever l'épiglotte. L'armature s'insinue facilement derrière celle-ci, à moins qu'elle ne soit très procidente. Cette détubation instantanée qui ne nécessite ni notions spéciales, ni apprentissage, peut être pratiquée par n'importe qui ; elle se recommande à tous les médecins par son extrême facilité ; peut-être aussi pourra-t-elle rendre quelques services dans les cas d'obstruction subite des tubes qui sont rapidement suivis de mort par asphyxie. En tous cas, les essais faits devant des médecins compétents m'ont donné un résultat parfait.

Hygiène de l'enfance pendant les chaleurs. — E. Périer. — On lit sur les murs de Paris, les instructions suivantes élaborées par le service des épidémies :

1° Ne donner aux *nourrissons* que du lait stérilisé ou du moins préalablement bouilli, et ce, à intervalles réguliers ;

2° Ne faire usage que de biberons sans tube ;

3° Veiller avec le plus grand soin à la propreté absolue des vases, biberons et téterelles qui, après chaque emploi, devront être passés dans l'eau bouillante et conservés à l'abri des poussières ;

4° Faire bouillir, ou encore mieux lessiver de suite tous les linges souillés par les déjections ;

5° Ne jamais donner de fruits aux enfants *sevrés* n'ayant pas encore trois ans. Au-dessus de cet âge, ne permettre aux enfants, d'une façon très modérée, que des fruits bien mûrs, cuits de préférence ;

6° Si les enfants consomment des boissons fermentées (vins, bière, cidre), on ne leur en donnera qu'aux repas, en petite quantité et additionnées d'eau bouillie ;

(1) Société des Sciences médicales de Lyon, séance du 5 juin 1901.

7° Éviter avec soin tout refroidissement, principalement au ventre;

8° Appeler sans délai un médecin dès qu'un jeune enfant a des selles fréquentes, surtout si elles sont décolorées ou verdâtres.

Traitement du noma (1). — M. R. Schweitzer a fait connaître les résultats favorables qu'a donnés, à l'hôpital pour enfants de Sainte-Olga à Moscou, le traitement du noma, suivant le procédé de M. Kissel.

Ce procédé consiste, après avoir enlevé les tissus gangrenés, à curetter la surface de la plaie au moyen d'une cuiller tranchante, puis à laver avec une solution chaude de permanganate de potasse à 0,1 %, à frotter avec de l'iodoforme en poudre et, enfin, à appliquer un pansement sec. Lorsqu'on ne parvient pas à enlever en une séance toutes les parties sphacélées, on applique sur la plaie, au lieu du pansement sec, des compresses d'ouate hydrophile imbibées de solution de permanganate, et on procède, dès le lendemain, à un nouveau curettage, qu'on répète encore si la gangrène continue à progresser. Même dans les cas où un seul curettage suffit, on continue à frotter la plaie une ou deux fois par jour avec de l'iodoforme, et à la laver avec une solution chaude de permanganate jusqu'à ce qu'elle se recouvre de bourgeons charnus de bonne nature. Il va de soi qu'on alimentera bien le petit malade, et qu'on prendra bien soin de purifier l'air ambiant.

De sept enfants atteints de noma, dont l'âge variait entre deux et cinq ans, et qui furent traités ainsi, cinq ont guéri et deux sont morts. Cependant ces deux décès ne peuvent être inscrits au passif du traitement, attendu que, dans un de ces cas, l'enfant fut apporté à l'hôpital en pleine infection septicémique, et que, dans l'autre, la mort survint par pneumonie. Les résultats de ce procédé sont très favorables, si l'on prend en considération que la mortalité du noma a été jusqu'ici de 70 à 80 0/0.

Potion tonique. — E. Périer. — Cette formule est applicable aux cas d'adynamie (fièvre typhoïde, pneumonie, etc.):

℞ Acétate d'ammoniaque	1 à 4 grammes
Extrait mou de quinquina	2 à 3 grammes
Teinture de cannelle	10 à 20 grammes
Eau distillée	80 grammes
Sirop de menthe	10 grammes
Sirop d'éc. d'or. amères	20 grammes

D'heure en heure par cuiller à café de deux à cinq ans; par cuiller à dessert, de cinq à dix ans.

(1) *Allgem. med. central. Zeitg.*

ANNALES
DE
MÉDECINE ET CHIRURGIE
INFANTILES

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Clinique pédiatrique de l'Université royale de Rome, dirigée par le Professeur L. CONCETTI.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES NÉPHRITES AIGUËS INFECTIEUSES ET TOXIQUES DE L'ENFANCE. — ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — TRAITEMENT.

RECHERCHES CLINIQUES, BACTÉRIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

par le Dr L.-M. SPOLVERINI
Assistant de la Clinique de Pédiatrie et des Hôpitaux de Rome.

Dans les anciens traités de pédiatrie, les néphrites des enfants étaient regardées plutôt comme une curiosité clinique en pathologie infantile.

Après les travaux de STEINER et NEURETTER on commença à comprendre l'importance de cette affection chez les enfants. C'est une de celles qu'on doit rechercher très souvent avec attention, parce qu'elle peut être masquée et échapper ainsi à l'œil d'un observateur superficiel.

Il est certain qu'une fois posés les rapports entre la néphrite et les maladies infectieuses, ce qu'on ne peut plus nier aujourd'hui, il faudrait admettre que la néphrite devrait être une maladie très commune dans l'enfance, où les maladies infectieuses sont si fréquentes, celles surtout qui provoquent le plus souvent l'affection rénale (scarlatine, rougeole, diphtérie, etc.). Si cela n'arrive pas, c'est que les reins des enfants sont doués d'une résistance organique plus élevée que ceux des adultes, pour la raison que les différentes causes qui diminuent cette résistance n'entrent pas en jeu (alcool, élimination continuelle de substances toxiques, artériosclérose, congestion passive, diathèse urique, etc., etc). Ceci pourtant n'empêche pas que les néphrites chez les enfants ne soient assez fréquentes, surtout si on se donne la peine de les rechercher attentivement. Tous les pédiatres sont d'accord sur cette question, mais ils ne le sont pas sur celle de la pathogénie. Une fois posés les rapports entre les maladies infectieuses et la néphrite, il reste à savoir quel rôle il faut attribuer soit à l'agent infectieux proprement dit, soit à l'intoxication. En d'autres termes, il n'est pas

encore bien démontré si les néphrites sont dues à la localisation du germe parasitaire sur les reins ou bien à l'action des substances toxiques élaborées dans chaque processus infectieux.

Une autre question qui se présente, quand on étudie les différentes formes de néphrites et qui pourrait se rattacher à la précédente, c'est la question relative aux divers éléments anatomiques du rein qui sont plus ou moins affectés. En effet, soit en raison de la forme clinique, soit d'après l'examen des urines, il faut admettre que quelquefois ce sont les glomérules qui présentent le plus d'altérations, tandis que, d'autres fois, les lésions les plus graves se trouvent dans les *tubuli*. De cette question peut dépendre aussi le pronostic, d'après l'étiologie différente et la localisation différente du processus.

Enfin, après l'application de l'opothérapie au traitement des néphrites, une nouvelle série de recherches se présente à l'esprit, non seulement au sujet de la méthode curative en elle-même, mais aussi au sujet de certaines questions de physiologie relatives au rein considéré non seulement comme organe de dépuration extérieure, mais aussi comme glande douée d'une sécrétion propre.

C'est sous l'influence de ces idées que j'ai entrepris l'étude des néphrites aiguës qui se sont présentées à mon observation dans les trois dernières années, à la Clinique pédiatrique de Rome. La partie la plus importante de ce travail concerne naturellement l'étiologie et la pathogénie. J'ai recueilli avec soin les antécédents héréditaires et individuels de chaque malade, surtout au point de vue de l'existence de quelques maladies infectieuses aiguës; j'ai pratiqué un examen minutieux des malades et des urines, et je me suis occupé d'une manière toute particulière de rechercher l'agent infectieux. A cet effet j'ai recueilli, à différentes périodes de la maladie, les urines avec la plus grande asepsie, et j'ai fait les cultures sur des terrains ordinaires (bouillon, agar-agar, gélatine) et spéciaux (sérum humain, liquide ascitique).

Dans certains cas j'ai étendu mes recherches au sang extrait de la veine par la seringue Tursini. En présence des manifestations cutanées spécifiques (rougeole, scarlatine), j'ai fait aussi des recherches bactériologiques sur les parties de peau où siégeait l'exanthème. La méthode suivie a été celle de Neufeld pour la recherche du bacille d'Eberth dans les papules de la fièvre typhoïde, attendu que c'est la méthode qui donne les meilleures garanties.

Mes observations concernent surtout les néphrites *post-morbilleuses*, *post-diphtériques*, *post-scarlatineuses et post-impétigineuses*. Je passe deux cas de néphrites *post-grippale*, et *post-ourlienne*, parce que, comme ce sont des cas isolés, je n'ai pas cru opportun de les relater, ne pouvant pas en tirer des conclusions générales. Pour ce qui est des autres, j'ai trouvé que, tandis que quelques-unes d'entre elles doivent être rangées sous la dépendance de l'élément toxique, il y en a d'autres qui doivent

être regardées comme une localisation du germe infectieux et d'autres dans lesquelles il faut admettre une pathogénie mixte, car on ne peut pas exclure l'action plus ou moins évidente de l'élément toxique, quand l'agent infectieux microbien est en jeu, lui aussi.

I. *NÉPHRITES POST-MORBILLEUSES*

Les pédiatres ne sont pas d'accord au sujet de l'apparition plus ou moins fréquente des néphrites après la rougeole. Notre propre expérience nous a démontré que cette complication est plutôt rare, mais pas aussi rare que le voudraient certains observateurs. En effet, sur 150 cas de rougeole observés dans les trois ans, presque tous chez des enfants, six fois seulement j'ai pu remarquer une véritable néphrite, et cela malgré l'épidémie de rougeole la plus grave que mes maîtres se rappellent avoir observée à Rome.

J'ai fait les recherches bactériologiques dans les urines surtout sur quatre enfants, suivant la méthode indiquée plus haut ; mais les résultats ont été toujours négatifs quoique les recherches aient été faites à plusieurs reprises, et à des périodes différentes de la maladie. Ceci ne doit pas étonner quand on réfléchit aux symptômes et à la marche de l'affection ; car dans la néphrite morbilleuse on ne rencontre jamais les formes fébriles du type des septicémies, qui accompagnent par exemple les néphrites post-scarlatineuses, avec tous les symptômes spéciaux, ainsi que nous le verrons dans la suite.

Je dirai même que les résultats constamment négatifs des recherches bactériologiques dans les urines des rougeoleux s'accordent bien avec le fait que sur la peau en pleine éruption je n'ai pu non plus trouver de microbes. En effet, ayant à ma disposition une quantité aussi considérable de matériaux, j'ai tenté plusieurs fois, même chez des individus affectés de rougeole sans complication rénale, et à des périodes différentes, des recherches sur les taches par la méthode de Neufeld, afin d'éviter l'objection que les résultats négatifs pourraient dépendre de l'action bactéricide et agglutinante du sérum sanguin sortant de la scarification. Malgré toutes ces précautions, mes recherches ont été sans résultat. Chez les adultes, j'ai pratiqué l'excision de petits morceaux de peau dans les périodes plus actives de l'éruption, et j'ai fait des recherches histo-bactériologiques, avec diverses méthodes de coloration, mais je n'ai pas trouvé de microbes, au moins de ceux qui prennent les couleurs.

Par conséquent on peut affirmer qu'à l'exception de la localisation qui se manifeste, avant même l'éruption caractéristique, sur les muqueuses des premières voies respiratoires, et qui représente la première manifestation nécessaire de l'agent infectieux spécifique jusqu'ici inconnu, tous les autres symptômes de la maladie (y compris l'éruption) et tous ceux qui la suivent doivent dépen-

dre de l'action des toxines, lesquelles peuvent, selon le cas spécial, provoquer des altérations soit dans les os (rachitisme), soit dans le système nerveux (convulsions, paralysie, sclérose en plaques), soit dans les reins.

Il faut admettre que ces toxines sont ordinairement peu actives, à l'exception pourtant de la prédilection qu'elles ont pour la peau en y provoquant l'éruption caractéristique. Cependant il faut admettre que dans certains cas graves, et surtout pendant certaines épidémies malignes, ces toxines doivent s'élaborer en quantité plus grande et sont douées d'une énergie plus grande pour qu'elles puissent agir aussi sur l'épithélium des reins jusqu'à produire les symptômes propres à la néphrite. Et celle-ci serait par conséquent sous la dépendance exclusive de l'élément toxique.

En effet, les résultats obtenus dans mes recherches, la marche clinique des néphrites post-morbilleuses, leur courbe thermique, les résultats de l'examen des urines (défaut d'hématuri e, avec le minimum d'albumine, etc., avec la présence prédominante des cylindres, etc.) justifient la conclusion qu'elles sont de nature toxique et à localisation prédominante dans les tubuli.

II. NÉPHRITES POST-DIPHTÉRIQUES.

De l'avis unanime de tous les auteurs, ces néphrites représentent le vrai type des néphrites toxiques. Elles ont été reproduites expérimentalement avec la toxine diphtérique, de sorte que j'ai renoncé à les confirmer par de nouvelles expériences.

D'autre part, l'on sait que ces néphrites sont principalement localisées aux tubuli et que parfois la quantité d'urine peut rester normale avec très peu ou pas d'albumine; de sorte qu'elles passeraient inaperçues sans l'examen du sédiment. Nous les avons rencontrées très rarement : sur 180 observations personnelles de diphtérie dans l'espace de trois ans, cinq fois seulement j'ai pu constater les signes d'une véritable lésion des reins (bien entendu qu'il n'est pas question ici des albuminuries transitoires accidentelles sans qu'il y ait trace d'éléments anatomiques du rein dans le sédiment). Les formes très graves n'ont pas manqué non plus; la plupart étaient devenues graves parce qu'on nous les amenait plusieurs jours après le début de la maladie, sans que la sérothérapie (1) eut été préalablement employée.

Le petit nombre de néphrites constatées par nous, malgré les fortes doses de sérum injectées, jusqu'à 3000, 4000 *u. i.* par jour; et jusqu'à 6000, 10.000 en peu de jours) prouvent une fois de plus que la sérothérapie ne provoque ni ne facilite la production de la néphrite; ceci, du reste, a été démontré par mon maître, le Prof. CONCETTI, d'une façon bien nette dans plusieurs de ses publications.

(1) SPOLVERINI, Perchè in quest' anno la difterite nè mostrata, più micidiale nei bambini ? (Policlinico, Roma, 1900.)

Je suis persuadé que la sérothérapie, surtout quand elle est employée dès les premières manifestations et avec énergie, peut rendre de plus en plus rare la complication rénale, qui dépend certainement de l'action des toxines diphtériques sur l'épithélium rénal.

* * *

A côté de ce groupe de néphrites que nous pouvons appeler toxiques, et qui sont représentées par la néphrite post-diphtérique et post-morbilleuse, comme types, nous allons étudier un autre groupe de néphrites aiguës de l'enfance qui est beaucoup plus intéressant, soit à cause de l'affection en elle-même, soit à cause des résultats obtenus dans mes recherches. C'est le groupe des néphrites infectieuses dans le vrai sens du mot, c'est-à-dire dues probablement à la localisation dans les reins de l'élément microbique. C'est pourquoi je pense qu'il est utile de les examiner plus longuement en y ajoutant aussi les observations cliniques.

III. NÉPHRITES POST-SCARLATINEUSES.

Parmi les maladies infectieuses, la scarlatine est celle qui mène le plus facilement aux manifestations rénales.

La scarlatine peut, dès son début, déterminer une albuminurie transitoire ou même une altération plus ou moins profonde de l'épithélium rénal de la même manière que toutes les infections aiguës à température élevée (pneumonie, variole, rougeole, etc.) altérations qui s'évanouissent aussitôt que cesse la période aiguë de la maladie. Celles-ci ne sont pas les vraies néphrites post-scarlatineuses. Elles sont certainement en rapport soit avec les hautes températures, soit plus sûrement avec l'action des toxines, spécifiques ou non, sur l'épithélium des tubuli et, en moindre proportion, sur les glomérules. Les vraies néphrites post-scarlatineuses qui se présentent dans la période de déclin de la maladie, en pleine desquamation de l'exanthème, sont celles dont je vais m'occuper, et sur lesquelles j'ai porté mon attention et mes recherches. Je commence par l'exposition des cas cliniques avec les quelques détails que j'ai cru intéressant de mettre en rapport avec les questions qui nous intéressent.

Observation I. — Alexandre F..., âgé de 5 ans, entre à l'hôpital le 12 février 1900. L'enfant a été pris, il y a deux jours, d'une forte fièvre avec douleur à la gorge ; immédiatement après, il se manifeste une éruption scarlatineuse caractéristique. Son état est grave. On trouve des traces d'albumine dans les urines, les recherches bactériologiques pratiquées deux fois sur la peau, d'après la méthode de Neufeld, sont négatives, soit sur bouillon ordinaire, soit sur sérum humain.

La maladie suit son cours régulier ; huit jours après, elle est en pleine desquamation ; l'enfant est apyrétique, les urines sont

normales. Au douzième jour, la température monte tout à coup à 40° ; les urines deviennent sanguinolentes. D'autre part, tandis que l'angine scarlatineuse à forme grave était presque guérie et que l'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires avait aussi presque disparu, en même temps que la fièvre s'élève, l'engorgement ganglionnaire douloureux reparaît de nouveau. J'ai pu constater ce fait se renouveler dans la suite, pendant les divers accès de fièvre avec ascension très élevée. Ceci dure huit jours. Ensuite la fièvre tombe, pour ne plus reparaître : les ganglions lymphatiques sous-maxillaires diminuent de volume, petit à petit, jusqu'à l'état normal.

Pendant la période aiguë de cette reprise fébrile je fais des

C. C. R. S. R.
Février Mars.
Ur. A. U. T. 25 26 27 28 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

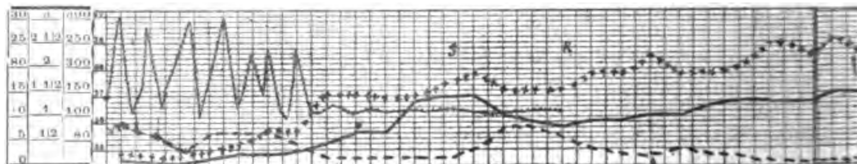


Fig. 1. — Néphrite post-scarlatineuse.
C. C. Calomel. R. Rénadène. S. et R. suspension et reprise du rénadène.
Dans cette figure et les suivantes, le pointillé représente la *température*, le gros trait noir continu l'urine en c.m. c., les petites croix *l'albumine*, et les petits traits séparés *l'urée*.

recherches bactériologiques sur des urines recueillies avec la plus grandes asepsie. Ces recherches sont pratiquées en général au moment de l'ascension thermique, pour me placer dans les conditions les plus favorables.

Je n'ai pas pu les répéter sur la peau, parce que l'exanthème avait complètement disparu. On se rappellera qu'à l'époque de l'éruption aiguë, par deux fois elles furent négatives. Dans le sang, par deux fois j'ai obtenu aussi un résultat négatif. Au contraire, le résultat des cultures faites avec les urines a été positif; deux fois j'ai pu isoler en culture pure un microbe que j'ai reconnu pour être un streptocoque, en raison de ses caractères morphologiques, et biologiques et de ses propriétés culturales.

Voici quelques extraits tirés du registre du laboratoire de notre clinique, au sujet de ce microbe:

Le microbe (*coccus*) se reproduit assez bien sur le bouillon ordinaire peptonisé, à réaction alcaline ; le liquide devient légèrement trouble, et il se forme un dépôt au fond du tube. Les cultures sur agar en bec de flûte et dans les capsules de Petri donnent des colonies ordinaires de streptocoques sans présenter aucun caractère particulier. Le microbe pousse difficilement sur

gélatine. Son meilleur terrain de culture est un mélange de bouillon et de sérum humain ; la poussée est encore bien plus active dans un mélange de bouillon et de liquide ascitique (d'après la formule de Marmorec), mais ne présente pas de caractères spéciaux.

Ce microbe prend facilement les couleurs d'aniline, mais non le Gram. Au microscope, les cultures sur bouillon ordinaire à réaction alcaline font voir de petits cocci isolés, ou bien groupés au nombre de 2, de 3 ou de 4 ; les préparations faites avec des cultures sur agar, sur bouillon mélangé à du sérum humain, ou à du liquide ascitique donnent au contraire de petites chaînes longues à 4, 6, 8 éléments (diplocoques).

Pendant ce temps-là, l'enfant présente des œdèmes à la face d'abord, ensuite aux extrémités inférieures ; il a de la torpeur, de l'anorexie, pas d'épanchements séreux dans les cavités. — Les urines sont rares, foncées, contenant de l'albumine en grande quantité, déposant un sédiment où l'on trouve bon nombre de globules rouges bien conservés, des globules blancs, quelques cylindres granuleux et un fort petit nombre de cellules rénales.

Le petit malade est soumis au régime lacté : dans les trois premiers jours on lui administre du calomel ; ensuite le *rénadène* à la dose de 2 grammes par jour. La quantité des urines est notée régulièrement comme aussi la quantité de l'urée sécrétée dans les 24 heures. La marche de la température et celle de l'albuminurie se trouvent notées dans le tableau 1. Comme on le voit, l'amélioration est très considérable et rapide dans les premiers-jours, les urines commencent à prendre une couleur à peu près normale, avec seulement quelques globules rouges et quelques cylindres granuleux dans le sédiment ; puis la marche vers la guérison devient très lente. Les conditions générales du petit malade sont bonnes ; les œdèmes ont entièrement disparu, l'appétit est bon ; cependant les urines contiennent encore quelques traces d'albumine et des globules rouges bien conservés. Cette période, que l'on pourrait appeler période de convalescence, a duré 20 jours, pendant lesquels le traitement consista toujours dans le régime lacté associé à l'administration du rénadène. Le 22 avril, l'urine est enfin normale. Le petit malade peut alors quitter l'hôpital, guéri, après y avoir passé deux mois.

Observation II. — Marie F..., âgée de 6 ans, entre à l'hôpital le 29 février 1900. C'est la sœur du petit malade qui a fait le sujet de l'observation précédente. Elle était en bonne santé, même au moment où, il y a 18 jours, son frère fut atteint de la scarlatine. Cinq jours après, elle tombe malade, elle aussi, avec une forte fièvre. La mère nous assure n'avoir remarqué aucune éruption cutanée chez sa petite fille ; seulement elle nous fait observer que, il y a 6 jours, la fièvre, qui était presque disparue, s'élève tout à coup et

ceci se renouvelle les jours suivants, tandis que l'urine devient rare et rougeâtre et que les œdèmes apparaissent. L'enfant nous est amenée dans ces conditions.

A l'examen objectif nous constatons : peau pâle ; œdèmes à la face et aux extrémités supérieures et inférieures ; rate légèrement tuméfiée ; température 39°5 ; dyspnée accentuée ; langue sèche ; les urines sont très rares et foncées, contenant 1 0/00 d'albumine, et déposant un sédiment qui contient de nombreux cylindres hématiques et granuleux et des cellules rénales.

Pour la marche ultérieure de la maladie, voir le tableau 2.

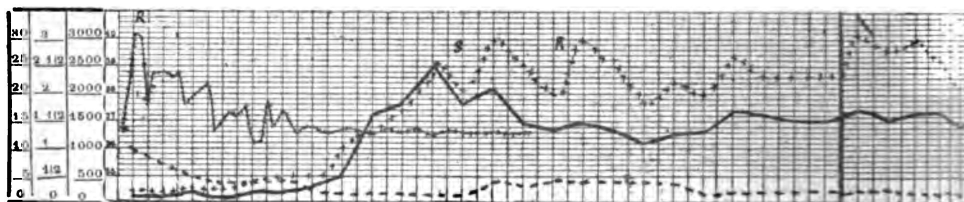


Fig. 2. — Néphrite post-scarlatineuse.
R. Rénadène. — S. et R. Suspension et reprise du rénadène.

Dans ce cas les signes de l'angine manquaient, et pourtant les ganglions lymphatiques sous-maxillaires étaient tuméfiés et douloureux au toucher ; ils commencèrent à diminuer seulement quand la fièvre à marche intermittente cessa. A chaque ascension thermique correspondit une augmentation des troubles généraux aussi bien que des symptômes du côté des reins.

Les recherches bactériologiques pratiquées sur les urines pendant les accès de fièvre ont donné des résultats positifs analogues à ceux de l'observation précédente. Nous avons pu déceler la présence d'un streptocoque à l'état de pureté, qui se reproduit très facilement dans des cultures sur sérum humain.

L'amélioration s'établit rapidement pour ce qui regarde la diminution de l'albumine et de la température ; un peu plus tard, les quantités de l'urine et de l'urée sont revenues à leur chiffre normal.

Au cours du traitement il nous arrive de voir que l'état de l'enfant devient un jour tout d'un coup plus grave ; en même temps les urines prennent une très mauvaise odeur, rappelant celle de la putréfaction. En même temps nous avons pu constater que le flacon de rénadène, qui était ouvert depuis longtemps, donnait la même mauvaise odeur de putréfaction que les urines, et que depuis deux ou trois jours la petite malade prenait par erreur ce rénadène altéré. Avec le rénadène en tabloïdes, l'incident disparaît ; l'amélioration continue. A la fin de mars, les conditions générales de la petite malade sont bonnes, les urines contiennent quelques traces

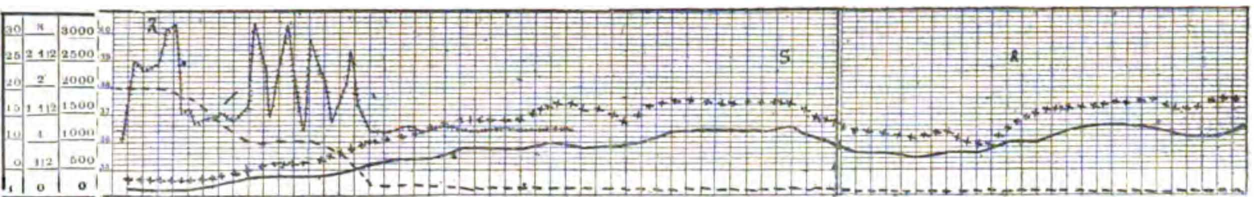


Fig. 3. — Néphrite post-scarlatineuse.

R. Rénadène. S. et R : Suspension et reprise du rénadène.

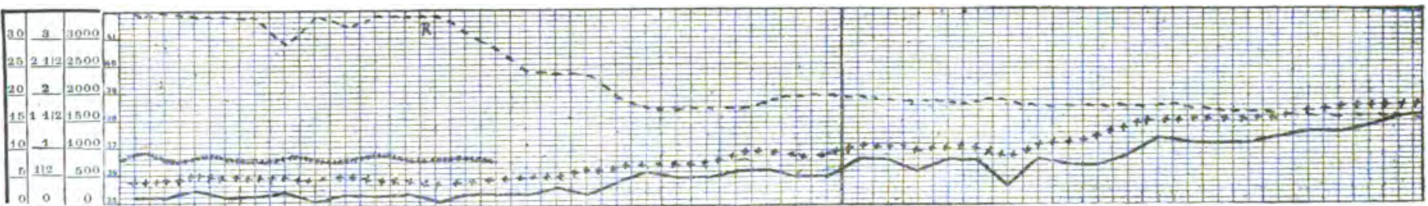


Fig. 5. — Néphrite post-scarlatineuse.

Digitale, caféine, diurétine, caf. diur. R. Rénadène.

seulement d'albumine et quelques globules rouges, lorsqu'un fait étrange vient attirer notre attention. Les urines, très claires au commencement, après quelques heures laissent tomber au fond du vase de petits flocons semblables aux flocons de caséine, que l'on observe dans le lait après l'ébullition, mais plus gros et d'une couleur jaunâtre. Ils ont une odeur de fromage, et cette odeur particulière devient plus pénétrante par la chaleur; les flocons sont réfractaires à tout traitement soit physique, soit chimique; ils sont solubles dans une solution alcool-éther-ammoniaque. On voit de petites gouttes de graisse et des cristaux d'acides gras.

Ce fait se renouvelle pendant huit jours. Ensuite il disparaît complètement. J'avoue, pour ma part, que je n'ai pas pu me l'expliquer.

Observation III. — Auguste P..., âgé de trois ans, entre à la clinique le 26 mai 1900. Des antécédents individuels il résulte que l'enfant a été atteint de malaria, il y a deux ans. Ensuite il eut un catarrhe bronchique et intestinal.

Il y a un mois, il fut atteint de scarlatine qui se termina par la guérison au 15e jour, après desquamation.

Mais 5 ou 6 jours étaient à peine écoulés, lorsque la mère remarqua chez son enfant de l'œdème à la face et aux extrémités. Il paraît que les urines n'étaient pas rouges; mais depuis 3 jours la fièvre est très forte, les urines sont devenues rares et rouges.

Ici j'ai observé de même l'engorgement et la douleur des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et les ascensions de température, pendant lesquels j'ai pratiqué les recherches bactériologiques sur les urines. Ici encore j'ai pu relever la présence des streptocoques, et une fois je les ai trouvés aussi dans le sang pendant l'accès de fièvre; depuis on a fait plusieurs tentatives à résultat négatif.

La marche de la maladie se trouve exposée dans le tableau 3.

La convalescence ici encore a été traînante. L'enfant ne put quitter l'hôpital que deux mois après.

Le traitement a été toujours le même: du calomel au commencement; ensuite 2 grammes par jour de rénadène. L'administration de ce remède a été suspendue de temps en temps, afin de pouvoir mieux constater son action.

Observation IV. — Lætizia P..., âgée de 4 ans, sœur du petit malade dont il a été question dans l'observation précédente, entre à la clinique le 26 mai 1900. Elle a été atteinte de scarlatine 5 à 6 jours après son petit frère. Les œdèmes ont apparu à la face et aux extrémités depuis 10 jours seulement, en même temps que la fièvre. La mère nous l'amena avec les symptômes que nous avons exposés plus haut. L'examen des urines nous révèle qu'il s'agit d'une néphrite hémorragique; les urines sont moins rouges que celles des observations précédentes. L'enfant ne reste dans notre service

que 6 jours; elle est ramenée chez elle, à cause de la clôture des cours de l'Université; mais la mère continue le traitement, et chaque jour elle nous apporte les urines, que nous examinons régulièrement.

La marche de la maladie se trouve exposée dans le tableau 4, Il n'y a eu aucune complication; cependant la convalescence a été très longue; jusqu'au mois d'août on remarquait encore des traces légères d'albumine dans les urines; l'enfant est tout à fait guérie.

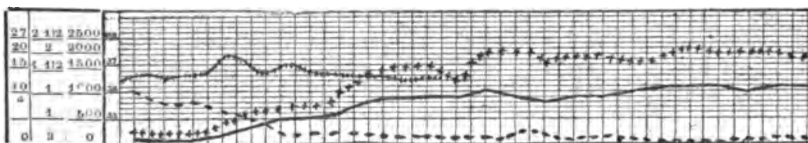


Fig. 4. — Néphrite post-scarlatineuse.
R. Rénadène.

Les recherches bactériologiques de l'urine pratiquées deux fois n'ont donné aucun résultat positif.

OBSERVATION V.— Joseph C..., âgé de 10 ans, entre à l'hôpital le 25 janvier 1900. Des antécédents individuels il résulte que l'enfant a été atteint de scarlatine il y a deux ans. Depuis lors il se plaint de se sentir essoufflé après la moindre fatigue. Le 18 janvier. on remarque de l'œdème aux paupières et aux extrémités; il y a de la céphalée, de la faiblesse, les urines sont rougeâtres; tous ces symptômes vont s'accentuant de plus en plus jusqu'au moment où l'enfant est reçu à l'hôpital.

Etat actuel : céphalée intense ; nausées ; anorexie : anasarque ; épanchements dans la plèvre de droite, dans le péritoine ; les bruits du cœur sont accentués ; dyspnée. Urines rares (500-600 c.c. par jour) avec un poids spécifique élevé, contenant beaucoup d'albumine (6 0/00), de nombreux globules rouges, des cylindres granuleux et hyalins ; peu de cellules rénales. Pas de fièvre. L'enfant est soumis tout de suite au régime lacté : on lui administre de la caféine et de la diurétine.

Le 1er février, apparition de symptômes d'urémie grave ; vomissements, perte de connaissance, secousses éclamptiques, surtout du côté droit, se succédant avec rapidité. Ces symptômes durent pendant trois jours, malgré le traitement énergique suivant : saignée, injection hypodermique d'une solution physiologique de sel (NaCl), bains de vapeur, lavements au sulfate de soude, caféine en injections sous-cutanées. Les urines sont toujours rares et avec les mêmes caractères. Malgré le traitement, les

symptômes graves persistent ; l'anasarque s'accentue davantage.

Le 10 mars, le petit malade est transféré dans notre service à la clinique, afin de pouvoir y suivre le traitement au rénadène.

On commence à donner ce remède le 12 mars : la dose est de 2 gr. par jour ; on arrive jusqu'à 4 gr. par jour.

Il m'est impossible d'exposer la marche de la maladie (le cas le mériterait bien) en indiquant les conditions des urines pendant l'administration du remède. Dans le tableau 5, je me borne à relater seulement la première partie, c'est-à-dire la période qui va jusqu'au moment où l'amélioration a été plus sensible (quantité d'urine 2200 cc. dans la journée, avec 2 1/2 0/00 d'albumine).

Les épanchements séreux dans les cavités aussi bien que l'anasarque diminuent ; les conditions générales du petit malade s'améliorent.

Un mois plus tard, les œdèmes sont limités à l'abdomen et aux extrémités inférieures ; la quantité des urines arrive quelquefois jusqu'à 3000 cc.

Après trois mois, les œdèmes ont disparu entièrement ; mais les urines contiennent encore de l'albumine : 10 0/00 et quelques globules rouges bien conservés.

L'enfant reste à l'hôpital encore 50 jours ; ensuite il veut lui-même quitter le service ; son état général est bon ; mais dans l'urine on trouve toujours de l'albumine : 10 0/00. La néphrite a passé à l'état chronique.

Je fais observer que pendant toute la période du traitement au rénadène, les attaques d'urémie ne se sont jamais plus présentées ; que du reste il n'y a eu aucun incident ; au contraire toutes les fois que l'administration du remède était suspendue, les conditions de l'urine devenaient plus graves.

Jamais je n'ai constaté l'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires.

J'ai pratiqué, ici encore, à plusieurs reprises, les recherches bactériologiques des urines sur plusieurs cultures ; mais je n'ai pu trouver aucun microbe, à culture pure.

*
* *

Sur les cinq observations que je viens de relater, il y en a une seulement dans laquelle (observ. II) on ne peut pas affirmer avec certitude que la scarlatine ait précédé l'infection rénale. La mère, du moins, nous disait n'avoir jamais remarqué aucune éruption chez son enfant. Et en effet l'enfant, quand il fut amené à l'hôpital, ne présentait pas le moindre signe de desquamation.

Cependant il est à noter que son frère (observation I), quelques jours auparavant, avait été atteint de scarlatine ; qu'il avait passé quelque temps en sa compagnie, étant en contact avec lui, et que tous les deux, après quelques jours d'apyrexie, eurent une nouvelle attaque de fièvre, suivie des mêmes symptômes caractéristiques et propres de l'affection rénale.

Sans doute l'éruption a dû être tellement légère qu'elle a passé inaperçue, ne donnant pas lieu à la moindre desquamation ; ou bien il s'agit ici d'une de ces formes que LICHORST nomme fragmentaires, dans lesquelles il peut y avoir absence d'un ou de plusieurs signes caractéristiques de l'affection, de ces formes de *exanthema sine exanthemate* connues même des anciens.

LEICHTENSTERN, tout récemment, non seulement a démontré la fréquence relative de ces formes, mais il a prouvé aussi que ces néphrites peuvent être le véhicule de l'infection, et qu'elles peuvent déterminer chez d'autres enfants l'infection scarlatineuse primitive, ce qui est du reste très naturel, quand on considère les résultats que j'ai obtenus dans mes recherches bactériologiques sur les urines.

Une fois établi que dans mes cinq observations on a affaire à des néphrites post-scartatineuses, une question se présente tout de suite à l'esprit : ces affections sont-elles déterminées par le passage, à travers les reins, des toxines, ou bien par l'invasion des germes pathogènes ?

En effet, dans l'état actuel de la science, nous avons deux théories pour expliquer lesdites lésions. Quelques-uns pensent que la cause déterminante de la néphrite consiste exclusivement dans le passage à travers les reins de toxines élaborées dans d'autres foyers d'infection, et devenues plus actives par le fait de l'hypérémie des reins, hypérémie, qui est en rapport avec l'éruption.

D'autres, au contraire, attribuent la cause première de l'affection à un virus organisé. Or il est évident que si l'on arrivait à prouver la coexistence du même microbe pathogène sur la peau et sur les membranes muqueuses envahies par l'éruption spécifique, ou bien, ce qui serait plus problable, dans l'arrière-bouche, pendant la première manifestation de la maladie (angine scarlatineuse) et en même temps dans les urines du même individu, lorsque la scarlatine est suivie de la néphrite, alors on aurait un argurment bien tranchant en faveur de l'origine microbienne spécifique de l'affection rénale.

Et c'est précisément en partant de ces idées que j'ai fait mes recherches bactériologiques sur les urines ; et sur cinq cas, trois m'ont donné un résultat positif, mais ce qui est encore plus intéressant, c'est que j'ai pu chaque fois obtenir en culture pure le même microbe (streptocoque).

Le fait que les recherches ont été deux fois infructueuses ne doit pas nous étonner, si l'on considère que les quatre premiers malades qui ont fait l'objet de mes observations présentaient l'avantage d'être à la période aiguë de la maladie, tandis que dans le cinquième j'avais tout le contraire, à cause du long intervalle (2 ans environ) entre l'éruption scarlatineuse et l'apparition des troubles néphritiques, d'une part, et l'époque de mes recherches, d'autre part. Il est vrai que je n'ai pas pu ajouter à l'examen bactério-

logique des urines celui de l'arrière-bouche, de la peau et des muqueuses affectées, pour pouvoir les comparer réciproquement, et ceci parce que presque tous les enfants nous étaient amenés quand l'angine et l'éruption scarlatineuse avaient disparu depuis longtemps ; mais il est vrai aussi que d'autres observateurs qui ont étudié les malades au même point de vue, sont arrivés aux mêmes conclusions que nous, ce qui donne une plus grande valeur à mes observations.

En effet la bibliographie médicale est assez riche sur ce sujet. Laissant de côté les recherches de KLEIN (1) et d'EDINGTON (2), on sait que CROOCKE (3), FRAENKEL et FRENDENBERG (4) ont relevé plusieurs fois la présence du streptocoque qu'ils disaient être la cause de l'infection secondaire. BABES (5) et SCHULLER, d'après leurs propres études, ont attribué au même microbe une certaine influence sur l'infection primitive (scarlatine). Il faut aussi attacher d'abord une grande valeur aux observations de RASCHIN (6) et ensuite à celles de d'ESPINE et MARIGNAC (7) qui en 1892 ont réussi à obtenir du sang d'un individu atteint de scarlatine sans autre complication, le streptocoque en culture pure. Le même résultat fut obtenu du D^r d'ESPINE en 1893, qui le trouva une seconde fois et lui attribua une action spécifique pour la scarlatine, parce que le malade n'avait pas d'autre affection en dehors de la scarlatine.

BRUNNER et EICHORST (8) sont arrivés aux mêmes conclusions. Enfin ARNOLD CADDY et COOKE à Calcutta affirment avoir reproduit la scarlatine avec la même éruption sur des veaux, en injectant un streptocoque pris dans la gorge d'un individu affecté de cette maladie.

Mais HILBERT (9) a voulu détruire l'importance de toutes ces observations en concluant, d'après ses propres recherches qui ne nous apprennent rien de nouveau, que le streptocoque étudié et décrit par les investigateurs déjà mentionnés ne peut être nullement la cause de la scarlatine, parce que le même microbe se trouve dans le pharynx de personnes saines.

Comme on le voit, tous les observateurs ont constamment trouvé (dans l'arrière-bouche, dans le sang et dans les organes internes) des formes de streptocoques et souvent même en culture pure ; quelques-uns seulement ont attribué à ces bactéries un rôle secondaire, dans le sens qu'ils pourraient être l'agent d'une

(1) KLEIN. *British med. Journal.* 1883.
(2) EDINGTON and JAMESON. *British med. Journal* (juillet à août 1887).
(3) CROOCKE. *Fortschritt der Medizin.* Bd. 3, 1885.
(4) FRAENKEL und FRENDENBERG. *Sekundar Infection bei Scharlach.* Centralbl. Klin. Med. 1885.
(5) BABES. *Bacteriol. Untersuchungen über septich Process des Kindesalters.* Leipzig, 1883.
(6) RASCHIN. *Centralbl. f. Bacteriologie.* Bd. 5, 1889.
(7) D'ESPINE et MARIGNAC. *Arch. de méd. expérim.* Juillet 1890.
(8) BRUNNER. *Berl. Klin. Woch.* 1895.
(9) HILBERT. *Zeitschrift f. Hygiene.* Bd. 31, 1899.

complication, tandis que la plupart croient que ce serait l'élément spécifique de la scarlatine.

Les études récentes de BAGINSKI (1) (recherches qui ont une très grande valeur, parce qu'elles représentent le résultat de recherches pratiquées sur un grand nombre de cas) ont énormément contribué à établir cette théorie ; elles ont pour ainsi dire prouvé d'une manière indiscutable que la scarlatine est due à des streptocoques.

Moi-même, après avoir rencontré plusieurs fois le streptocoque dans les urines de nos petits malades néphritiques, j'ai pu, une fois, pendant un accès très fort de fièvre, obtenir le microbe en culture pure, aussi en le retirant du sang. Or, si nous rapprochons tous ces résultats de ceux qui ont été obtenus du côté des urines, il est évident que les néphrites post-scarlatineuses doivent être sous la dépendance du microbe spécifique.

Comme preuve de cette manière de voir, nous pouvons indiquer plusieurs faits, dont quelques-uns ressortent du cours de la maladie, tandis que d'autres regardent le mode de contagiosité de ces affections. Tous ces faits non seulement s'accordent très bien avec la théorie microbienne qu'ils prouvent, mais ils ne pourraient pas du tout s'expliquer avec la théorie toxique.

Voici les faits :

1. Marche et courbe de la température.
2. Aspect et caractères des urines.
3. Observations de LEICHTENSTERN.

Relativement à la marche de la température (comme on le voit dans les tableaux thermographiques), elle présente dans les quatre premières observations de néphrites aiguës, pendant les 8 à 10 premiers jours, une courbe intermittente plus ou moins caractéristique. Dans deux cas surtout, on trouve constamment, durant plusieurs jours, l'apyrexie quotidienne : 36°6 — 36°2 et les ascensions thermiques à 40° — 39°6, soit dans la matinée, soit dans l'après-midi.

Or, ce type de fièvre indique certainement une septicémie provoquée dans notre cas par le streptocoque, et les ascensions brusques de température correspondent certainement à autant de poussées, d'invasions microbiennes, d'attaques du glomérule par des streptocoques qui viennent d'arriver au rein à travers les vaisseaux sanguins. Et voilà pourquoi les urines des premières heures qui suivent les ascensions thermiques sont fortement sanguinolentes, très rares, contenant des cylindres sanguins, tandis que tout de suite après la rémission de la fièvre, la quantité du sang diminue et les urines sont plus abondantes.

Et c'est précisément cette localisation particulière des néphrites post-scarlatineuses qui nous explique les conditions spéciales

(1) BAGINSKI. *Uber einem constanten Bacteriumbefund bei Scharlaoh.* Berl. Klin. Wochenschr.

des urines, l'anasarque, la gravité exceptionnelle de cette affection rénale vis-à-vis des autres néphrites différentes soit par leur origine, soit par leur localisation anatomique.

Enfin l'observation de LEICHTENSTERN citée plus haut trouve dans mes recherches une véritable explication, de même que c'est une preuve très importante de tout ce que je viens d'exposer. Car si l'on considère que le streptocoque se retrouve vivant dans les urines des individus affectés de néphrite scarlatineuse, il s'ensuit que les urines de ces malades pourront être contagieuses, dans le sens qu'elles pourront provoquer chez d'autres enfants l'infection scarlatineuse primitive.

Or, quel rapport y a-t-il entre ce fait clinique, anatomo-physiologique et bactériologique, et le développement des néphrites post-scarlatineuses? En d'autres termes, quel serait le mécanisme pathogénique capable de nous expliquer les faits observés ?

La première localisation du germe de la scarlatine doit avoir lieu certainement dans l'arrière-bouche, qui est un terrain de culture des plus favorables. C'est là qu'il arrive à une grande virulence et à une toxicité bien marquée, provoquant ainsi une infection locale microbienne très grave, qui peut aboutir au phlegmon et à la gangrène (angine scarlatineuse), et à une affection générale toxique, dont le phénomène le plus manifeste est l'éruption cutanée. En effet, dans les recherches bactériologiques que j'ai faites plusieurs fois sur la peau, même avec la méthode de NEUFELD, jamais je n'ai eu un résultat positif.

Les températures exceptionnellement élevées, et les troubles du système nerveux sont autant de manifestations de l'empoisonnement. Dans ces cas, on trouve quelquefois l'albuminurie, et une vraie néphrite, comme dans toutes les autres infections générales très graves. Cette néphrite n'a rien de commun avec la néphrite post-scarlatineuse classique dont nous nous occupons ; mais elle est une néphrite d'origine toxique, dont le pronostic est lié au pronostic de l'infection générale. Lorsque le malade n'est pas tué par la maladie générale, cette néphrite aura une allure rapidement bénigne. Comme exception, il faut considérer les cas très graves avec septicémie microbienne primitive.

Dans un bon nombre de cas, le foyer primitif s'éteint, de sorte que les phénomènes consécutifs à la première attaque ayant disparu, le malade est regardé comme guéri. Dans d'autres cas, après la première période franchement toxique, le microbe, qui est resté caché dans le pharynx ou même dans les ganglions lymphatiques surtout rétro ou sous-maxillaires (qui dès le début de la maladie paraissent affectés, eux aussi, à cause de leur engorgement), peut reprendre de nouveau, pour des raisons qui nous sont inconnues, sa virulence primitive, et passer des ganglions dans les vaisseaux et provoquer une nouvelle maladie, une véritable septicémie, probablement parce que l'organisme est impuis-

sant à lutter et prévenir l'invasion du germe, étant déjà affaibli par suite de la première attaque (scarlatine). Pendant cette recrudescence de l'infection nous ne voyons jamais reparaître l'angine scarlatineuse (cause première de la fièvre intense), ni l'exanthème caractéristique. Ceci pourrait dépendre de deux causes : il peut se faire que dans ce cas la septicémie l'emporte sur l'intoxication, ou bien que l'organisme tout entier et par conséquent la peau aussi aient acquis l'immunité contre l'intoxication qui provoque l'éruption.

Cependant l'agent infectieux entré dans la circulation devra s'arrêter de préférence dans les reins (pour des raisons physio-biologiques l'organisme humain cherche tout de suite à se débarrasser de toutes les substances nocives) qui réagissent par l'inflammation, et provoquent la néphrite post-scarlatineuse.

Je ne puis pas, il est vrai, donner une preuve directe du mécanisme de cette pathogénie ; mais j'ai pu démontrer la seconde partie, qui d'ailleurs est la plus importante, c'est-à-dire j'ai pu démontrer qu'il y a une véritable septicémie, provoquée par le streptocoque, que j'ai obtenue en culture pure des urines et une fois du sang. Ce qui reste encore à éclaircir, c'est la première partie de la pathogénie, à savoir où se trouve l'agent infectieux, comment et pourquoi il pénètre dans les vaisseaux.

J'ai dit que le microbe doit se trouver dans l'arrière-bouche ou bien dans les ganglions lymphatiques sous-maxillaires ; et ceci non seulement parce que c'est là que nous trouvons les premières manifestations de la maladie, mais aussi parce que, au point de vue clinique, j'ai pu, après d'autres, constater comme chez nos malades que les phénomènes du côté des reins sont précédés de la fièvre et de l'engorgement plus ou moins douloureux des ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Il ne peut pas être question ici d'un fait accidentel ou d'une complication, parce qu'il se vérifie presque constamment, et par conséquent il est d'une valeur presque absolue.

On pourrait arriver à la démonstration de ce fait, par l'examen histologique et bactériologique d'un des ganglions engorgés. Mais sur le vivant, j'avoue, pour ma part, ne pas m'y sentir autorisé.

Tous les auteurs (1) sont d'accord pour retenir les néphrites post-scarlatineuses parmi les plus graves, et à formuler un pronostic en général très défavorable. Ainsi, dans les cas observés par nous, si nous les comparons avec les autres variétés de néphrites, nous voyons que la marche clinique a été beaucoup plus grave, et que la guérison ne s'est affirmée qu'au bout de deux mois au plus tôt.

C'est l'atteinte aiguë des glomérules qui nous explique la gravité exceptionnelle de cette maladie, qui, comme nous le verrons tout à l'heure, trouve son pendant dans le groupe des néphrites post-impétigineuses que nous aborderons tout de suite.

(1) D'ESPINE et PICOT, GERHARDT, COMBY, loc. cit.

Si dans nos cas la terminaison a été toujours plus ou moins favorable, si les manifestations graves se sont enrayées, je crois que la plus grande part du mérite revient au traitement rationnel au point de vue hygiénique et thérapeutique que nous avons fait suivre à nos petits malades dès le début. Ce qui a certainement contribué d'une manière très efficace à diminuer les conséquences du mal, et, je pourrais dire, à provoquer la guérison complète. Nos quatre malades ont tous guéri, il est vrai ; mais ceci n'empêche pas qu'ils aient passé des crises d'une gravité sérieuse à cause de troubles très prononcés : ascension thermique très élevée; 40° très souvent et pendant plusieurs jours ; urines rares (quelques cc. dans les 24 heures), œdèmes allant jusqu'à l'anasarque ; phénomènes d'urémie (observ. V) ; céphalée, dyspnée, marche traînante de la maladie qui a duré quelquefois plus de deux mois. Mais nous reviendrons tout à l'heure sur l'action spécifique du traitement opothérapique des néphrites.

(A suivre.)

FORMES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA DIPHTÉRIE,

par le Prof. ESCHERICH, de Graz.

En présence de la diversité du mode d'évolution de la diphtérie, il est indispensable, pour des raisons d'ordre didactique et statistique, de distinguer à la maladie des formes cliniques. Cette distinction d'ailleurs a de tout temps été faite par tous les cliniciens.

Le groupement des cas de diphtérie selon la gravité du pronostic, mode de division fréquemment adopté ces temps derniers, nous laisse sans éclaircissement sur les caractères de l'affection, vu que la gravité des cas dépend de facteurs très divers : tantôt de l'extension de l'affection aux voies aériennes inférieures, tantôt de la paralysie de centres nerveux importants. Ce mode de division ne me paraît donc pas convenir pour servir de base à ce groupement naturel des cas que nous cherchons à établir ici. Dans le schéma qui va suivre nous avons essayé de faire concorder, avec les opinions régnantes sur la pathogénie de la diphtérie, les trois types d'évolution de la maladie, dont la distinction a été faite depuis longtemps en clinique. Ayant suivi en principe ce mode de division pendant quelques années, nous croyons qu'il a fait ses preuves, en particulier appliqué aux études statistiques de la sérothérapie. Notons qu'il a été également adopté par d'autres auteurs (FUNK).

(1) Extrait de l'article DIPHTÉRIE, *in Berliner Klin. Wochenschr.* 1901, n° 2, Trad. par la Doctoresse M. SCHULTZ.

I. *Forme localisée* : réceptivité minime pour la toxine, — disposition en surface limitée localement.

II. *Forme progressive* : réceptivité minime pour la toxine, — disposition en surface étendue (extension vers les voies aériennes).

III. *Forme toxi-septique* : réceptivité intense pour la toxine — affection locale limitée — *forme hypertoxique*.

Grande réceptivité pour la toxine — localement : *infection* mixte associée à des cocci pyogènes : *Forme phlegmoneuse, nécrosante septique.*

Associée aux processus de putréfaction : *forme fétide* ;
— à la gangrène : *forme gangréneuse* ;
— à la diathèse hémorragique : *forme hémorragique.*

La grande différence dans l'évolution clinique de ces types devient évidente dans le tableau qui va suivre. En général, il n'y a aucune difficulté pour déterminer, dès l'entrée à l'hôpital, auquel des trois groupes appartient le cas et par là quel est son pronostic. Les transformations d'un type en un autre se rencontrent, mais ne sont pas fréquentes, surtout depuis la sérothérapie.

Depuis, l'ère bactériologique de la diphtérie, c'est sa thérapeutique qui a subi les plus grandes modifications. Au traitement antiphlogistique, hyposthénisant en usage au début de ce siècle, on substitua, sous Bretonneau déjà, un traitement général fortifiant et un traitement local énergique. Les insufflations d'alun, les cautérisations avec des acides ou des solutions de nitrate d'argent, appliquées à l'aide d'une petite éponge fixée sur une baleine, ont été les médications préférées.

Depuis, surtout à partir de la découverte du bacille de la diphtérie, le nombre de remèdes employés s'est multiplié à l'infini et même on est allé jusqu'à réaliser la proposition d'Arrêtée : « *Porro igne vitium adurere* ». Pourtant, bien que les désinfectants actifs ne fassent pas défaut, la thérapeutique locale ne pouvait qu'exceptionnellement atteindre l'idéal, la destruction complète des bacilles, parce que l'accomplissement énergique de la désinfection se heurte contre l'opposition de l'enfant. C'est donc seulement dans des cas particulièrement favorables qu'il est possible de déduire le foyer morbide dans toute son étendue.

D'autre part, l'émotion de ces séances, les lésions inévitables de la muqueuse constituaient des objections importantes au traitement local.

Dans le traitement du croup, cette dénomination est employée ici dans le sens du complexus symptomatique tel qu'il est provoqué par le dépôt de fausses membranes dans le larynx, le plus grand progrès fut réalisé par l'introduction de la trachéotomie, notablement perfectionnée par Trousseau. Après les essais imparfaits de Stœrk et Bouchut, l'Américain O'Dwyer parvint à imaginer un procédé à l'aide duquel l'accès de l'air par le larynx fut maintenu sans intervention sanglante. L'intubation, qui, tout d'abord,

ne fut accueillie qu'avec hésitation en Europe, n'a pas tardé à gagner considérablement de terrain, surtout après l'introduction de la sérothérapie. A l'heure qu'il est, l'intubation est pratiquée dans tous les hôpitaux d'enfants; et dans certains d'entre eux, ainsi que dans son pays d'origine, elle a presque complètement détrôné la trachéotomie. La question des indications du tubage, de la trachéotomie primitive, de la pratique systématique du tubage en clientèle privée, constitue actuellement un sujet de vives discussions. On peut considérer comme un progrès dans le traitement des sténoses laryngées l'introduction de la pratique des inhalations des chambres de vapeur, proposée en premier lieu par Fœrster et depuis introduites dans la plupart des hôpitaux nouveaux. Par contre, les méthodes de traitement reposant sur la diaphorèse ainsi que l'emploi de la pilocarpine n'ont pas trouvé d'adeptes.

Tous ces moyens, à part les méthodes de traitement de désinfection locale, agissent d'une façon purement symptomatique, en combattant les phénomènes isolés avec plus ou moins de succès, sans pouvoir, en quoi que ce soit, influencer l'évolution même de la maladie.

Le résultat n'était point satisfaisant, ainsi que le témoignait le changement continuel des remèdes prônés ; la thérapeutique de la diphtérie constituait donc le chapitre le plus discuté de la pédiatrie. Ce n'est qu'avec la découverte de la sérumthérapie en 1894 qu'on arriva à obtenir pleine lumière et plein accord quant au traitement à instituer, dont l'influence se manifesta aussi bientôt dans les statistiques par une diminution de la mortalité totale par diphtérie.

L'introduction du sérum curatif s'est effectuée d'une façon relativement rapide et sans beaucoup d'hésitations. Aujourd'hui, six ans après la première tentative de sérothérapie, il est à peine nécessaire de fournir encore des preuves de son efficacité. Ceci est dû sans aucun doute à ce qu'elle repose sur des bases rationnelles et scientifiques, mais au moins autant à l'accord, on peut dire unanime, de tous les médecins d'enfants auxquels incombe en premier lieu la tâche d'expérimenter ce nouveau remède dans leurs services hospitaliers. Les communications, qu'elles proviennent d'auteurs allemands : Heubner, Baginsky, Soltmann, autrichiens : Ganghofner, Widerhofer, Escherich ou autres, énoncent toutes un jugement à peu de chose près également favorable. Le seul adversaire issu de ce milieu, Kassowitz, a été obligé, pour asseoir ses assertions, de se servir des statistiques et citations étrangères, en partie relatées d'ailleurs, par leurs auteurs eux-mêmes, dans un but absolument opposé.

On aurait pu éviter la plupart des objections citées et dans l'opinion la lumière juste sur la sérothérapie se serait faite bien plus tôt si, au lieu de comparer les chiffres bruts des morts ou

des guérisons, on avait précisé la différence dans la façon dont les cas isolés se sont comportés vis-à-vis du sérum.

Cas de diphtérie pharyngée et laryngée, traités à la clinique d'enfants à Graz

ANNÉE	I FORME (diphtérie localisée)	II FORME (1) (Cas à diphtérie progressive [croup])	III FORME (Cas toxi-septiques)	TOTAL
Période avant le sérum.				
1890 jusqu'en avril 1894	30 = 26,08 % dont : mort : 0 guéris. : 100 %	74 = 64,34 % dont : morts : 41 guéris. : 44,6 %	11 = 9,5 % dont : morts : 11 guéris. : 0 %	115 dont : morts : 52 guéris. : 54,8 %
Période de sérumthérapie.				
1894 avril à décembre	54 = 62,06 % dont : mort : 0 guéris. : 100 %	25 = 28,7 % dont : mort : 1 guéris. : 96 %	8 = 9,19 % dont : morts : 5 guéris. : 12,5 %	87 dont : morts : 8 guéris. : 90,8 %
1895	90 = 51,43 % dont : mort : 0 guéris. : 100 %	59 = 33,71 % dont : morts : 10 guéris. : 83,05 %	26 = 18,86 % dont : morts : 15 guéris. : 42,31 %	175 dont : morts : 25 guéris. : 85,7 %
1896	106 = 45,66 % dont : mort : 0 guéris. : 100 %	94 = 42,01 % dont : morts : 19 guéris. : 69,15 %	19 = 12,34 % dont : morts : 9 guéris. : 52,63 %	219 dont : morts : 28 guéris. : 87,17 %
1897	98 = 56,87 % dont : mort : 0 guéris. : 100 %	45 = 26,16 % dont : morts : 11 guéris. : 81,61 %	29 = 16,86 % dont : morts : 10 guéris. : 65,5 %	172 dont : morts : 21 guéris : 87,79 %
1898	184 = 56,61 % dont : mort : 0 guéris. : 100 %	85 = 26,15 % dont : morts : 17 guéris. : 80,00 %	56 = 17,23 % dont : morts : 18 guéris. : 67,86 %	325 dont : morts : 35 guéris. : 89,23 %
1899	61 = 36,09 % dont : mort : 1 guéris. : 98,36 %	70 = 41,42 % dont : morts : 16 guéris. : 77,14 %	38 = 22,49 % dont : morts : 16 guéris. : 57,89 %	169 dont : morts : 33 guéris. : 80,47 %
Total de la période de sérumthérapie	593 = 51,78 % dont : mort : 1 guéris. : 99,83 %	378 = 32,95 % dont : morts : 74 guéris. : 80,24 %	176 = 15,34 % dont : morts : 75 guéris. : 57,38 %	1147 dont : morts : 150 guéris. : 86,92 %

(1) Tous les croups, opérés et non opérés, y sont compris.

Comme un des appoints les plus importants que BEHRING lui-même a fait ressortir, il y a à envisager le laps écoulé entre le début de l'affection et l'injection. La mortalité monte de 0 p. 100 chez les malades injectés au 1[er] jour à 5 p. 100. chez les malades

injectés au 2e jour, à 6 p. 100 au 3e, à 10 p. 100 pour ceux injectés au 4e jour (Funk) ; sans perdre de vue que la durée de la maladie, surtout dans les cas graves, est habituellement indiquée comme moins longue qu'elle n'est en réalité.

Non moins grandes sont les différences lorsqu'on essaie de grouper les cas d'après les formes de la maladie, et c'est à ce point de vue que l'utilité du schéma établi plus haut a pu être appréciée.

Les chiffres démontrent nettement l'espèce et la gravité des cas dont se composent nos observations ainsi que les effets du sérum.

Dans le premier groupe son influence se traduit par une amélioration rapide de l'état général, la délimitation et le détachement des membranes, qui s'effectue en moyenne au bout de 2 ou 3 jours. Quant au traitement local, on peut dans ces conditions renoncer à la désinfection locale énergique et se borner à pratiquer le nettoyage et le lavage de la gorge avec une solution légèrement antiseptique. Le nombre considérable de ces cas comparé avec celui de l'époque présérothérapique s'explique en partie par la confiance croissante du public dans le traitement à l'hôpital, en partie par ce fait que nombre de cas, grâce au traitement précoce par le sérum, ne peuvent plus passer à l'un des groupes suivants.

L'influence sur le processus local, le détachement des membranes et l'entrave à leur extension progressive sont les effets du sérum cliniquement les plus remarqués. Ils se manifestent pour les cas du second groupe par la diminution notable de la mortalité et par l'augmentation considérable des guérisons en comparaison avec ceux de la période présérothérapique. A l'aide du sérum on réussit, en injectant à temps, à éviter l'opération en général dans un nombre considérable de cas, et ensuite lorsque celle-ci est inévitable, on abrège la durée de la sténose, ce qui améliore notablement le succès des méthodes opératoires. La plupart des morts dans ce groupe de cas sont dues aux complications par les pneumonies ou par les suites de l'intervention opératoire. La cause de mort si fréquente autrefois qui est le croup descendant (bronchite pseudo-membraneuse) ne se rencontre plus que dans les cas non traités ou traités trop tard. Il peut arriver toutefois que l'on se trouve en présence de cas isolés où l'action si sûre du sérum paraît absolument en défaut contre l'extension des productions membraneuses.

Bien moins prononcé est l'effet du sérum dans le cas du troisième groupe, malgré les doses beaucoup plus considérables et même énormes (Monti) d'antitoxine auxquelles on a eu recours ici.

Une partie des malades succombent, avant même que le sérum ait pu agir, à l'intoxication aiguë par suite de la gravité extraordinaire de la maladie ; une autre partie à l'infection mixte (associée) et ses suites, non influencées par le sérum ; une troisième partie des petits malades enfin succombent des jours et des se-

maines après la terminaison du processus aigu, avec des phénomènes de paralysie des nerfs ou du cœur, c'est-à-dire à une époque où l'on aurait dû s'attendre à ce que la toxine diphtérique eût depuis longtemps été rendue inoffensive grâce au traitement par le sérum. Plusieurs auteurs ont fait ressortir que le nombre de morts post-diphtériques était devenu même relativement plus considérable depuis la sérumthérapie (Kretz) : aussi n'a-t-on pas tardé, du côté des adversaires du sérum, à exploiter ce fait surprenant que la thérapeutique spécifique et antitoxique restait impuissante précisément contre ces phénomènes consécutifs.

Une explication de ces faits a été fournie par Dœnitz qui a démontré par voie expérimentale que la toxine diphtérique se trouve, dans un délai extrêmement court, séparée du sang et fixée par les chaînettes latérales toxophiles. Cette fixation est d'abord très lâche, mais augmente ensuite à tel point qu'il n'est plus possible de réussir à la rompre, même avec des doses énormes d'antitoxine. En face des paralysies post-diphtériques il est donc inutile d'injecter de nouvelles doses de sérum. Vu l'absence d'autres moyens actifs j'ai essayé, dans quelques cas, d'amener à l'aide d'injections prudentes de très petites doses de toxines, une immunisation active ; et j'ai obtenu des résultats satisfaisants. En suivant la proposition d'Ehrlich, il serait recommandable de se servir d'un poison diphtérique riche en toxines.

Là nous nous trouvons aux limites, jusqu'à nouvel ordre immuables, de l'activité du sérum antidiphtérique qu'on ne saurait dépasser même en augmentant des quantités d'antitoxine à injecter. Une amélioration des résultats de ce groupe dont la mortalité est toujours encore très élevée, ne pourra être obtenue, à moins qu'on ne suive des voies nouvelles (injection des sérums à streptocoques ou des sérums associés), qu'en instituant dans ces cas le traitement plus tôt qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Dans la statistique ci-dessus, la mortalité en bloc par diphtérie, se trouve chargée d'une série de cas de mort déterminée par des complications imprévues ; par de l'adynamie générale préexistante, par des anomalies constitutionnelles (*status lymphaticus*) par des affections intercurrentes. Il ne serait pas juste de vouloir apprécier l'action véritablement curative du sérum d'après ces chiffres ; en effet dans notre statistique déjà la mortalité se trouve diminuée presque de 8 p. 100, dès qu'on fait abstraction des cas où les enfants ont été amenés mourants et où l'action du sérum se trouve d'avance mise hors de cause. L'étendue d'efficacité réelle de ce remède ne se révèle point dans les cas soignés à l'hôpital, mais dans la clientèle privée, chez les enfants soigneusement observés et dont l'état général préalable est bon, et c'est là, en admettant bien entendu, que la sérothérapie se trouve instituée dès le début, que la mortalité pourra descendre à des fractions de 1 0/0.

En comparaison avec l'application du sérum à titre de remède curatif, on a eu peu recours à son emploi comme moyen de prophylaxie. L'espoir qu'à l'aide de ces injections on éviterait complètement l'atteinte par la diphtérie ou, au moins on en diminuerait la fréquence, ne s'est point réalisé jusqu'à présent. La pratique d'une immunisation générale lors des épidémies échoue en présence des frais et des inconvénients de l'injection sous-cutanée, qui pourtant est encore le seul mode d'application efficace. L'obstacle le plus grand est cependant la courte durée de l'immunité acquise qui avec les 60 ou 200 U. I. habituels ne se prolonge pas au delà de quelques semaines ; par contre, l'inoculation prophylactique pour préserver temporairement des personnes isolées, exposées à la contamination, telles que frères et sœurs, garde-malades, ou les personnes présentes, lors des épidémies intérieures dans les pensionnats, les hôpitaux, a donné d'excellents résultats.

Quant au dosage du sérum curatif nous nous trouvons en situation de devoir préciser non point la dose maxima, mais la dose minima, au-dessous de laquelle on ne pourra descendre sous peine de n'obtenir aucune action. L'âge et le poids du petit malade jouent dans ces cas un rôle secondaire ; la dose dépendra en premier lieu du caractère de la maladie et de la date du début.

En général nous injectons dans les cas appartenant au premier groupe la dose simple de 1000 à 1500 U. I., dans les cas relevant du second groupe deux doses semblables ; dans les cas du troisième groupe nous injectons trois fois cette dose et même davantage. Certains auteurs ont injecté jusqu'à 20000 U. I. Il n'existe point de limite supérieure pour la dose d'antitoxine, mais il en est une pour la quantité de sérum qu'on injecte, dont la présence dans l'organisme n'est point du tout indifférente. Chez les tout petits enfants on ne dépassera pas volontiers 8 à 10 cm. c. Les effets accessoires nocifs du sérum curatif ne sont point imputables à l'antitoxine, mais à certains corps constitutifs du sérum qui chez les individus prédisposés provoquent des troubles à prédominance de nature vasomotrice. Le plus souvent ce sont des urticaires et des érythèmes des plus variables, qui tantôt restent limités à l'endroit de l'injection, tantôt se généralisent et s'étendent sur tout le corps, simulant un exanthème de scarlatine ou de rougeole. Ces derniers se manifestent le plus souvent du 8e au 12me jour après l'injection. Dans des cas rares ils sont accompagnés de fièvre rémittente, de douleurs, de gonflement des articulations et même de bruits cardiaques anormaux, de sorte qu'ils rappellent le tableau d'un érythème aigu multiforme. Toutefois ils ne laissent jamais, à leur suite, des troubles permanents ; d'autre part, le nombre pour cent des cas où ils apparaissent a notablement diminué depuis les améliorations accomplies dans la technique de la préparation du sérum. C'est ainsi que pour le

sérum que nous employons exclusivement et qui provient de Vienne, de l'Institut d'Etat pour préparations des sérums, le nombre d'exanthèmes a baissé de 11 p. 100 qu'il a été au début à 3 p. 100.

Ces effets secondaires ne peuvent jamais, dans un cas tant soit peu sérieux, de diphtérie, constituer une contre-indication à l'injection. Une certaine prudence est peut-être exigible en présence d'une néphrite ainsi que d'une constitution dite lymphatique ; cette dernière a été incriminée, d'après le procès-verbal de l'autopsie, dans le cas connu de LANGERHANS. Depuis, j'ai vu un second cas semblable dans lequel, pour une laryngite à début aigu avec phénomènes sténotiques, on avait pratiqué l'injection préventive et ensuite l'intubation. L'enfant, âgé de 11 mois, d'un développement énorme pour son âge, succomba quelques heures après avec des symptômes d'adynamie cardiaque subite. L'autopsie fit constater une forte dilatation du cœur et la glande du thymus très grande, pesant 15 grammes.

Le sérum antidiphtérique, considéré même rien qu'à ce point de vue, constitue l'acquisition la plus précieuse que le trésor médical ait fait pendant les derniers dix ans. Aucun autre remède ne déploie à côté d'un effet prophylactique, aussi certain et d'un effet thérapeutique aussi puissant, des effets secondaires si peu nocifs. Au point de vue de son importance d'ordre général, on ne peut le mettre qu'à côté de la vaccination de JENNER qui, à peu près cent ans plus tôt, a délivré le monde du fléau du XVIII[e] siècle : la variole. Mais tandis que la vaccination a dû sa genèse à l'heureuse application d'un fait observé par hasard, et dont l'explication scientifique a dû être découverte à nouveau plus d'un demi-siècle plus tard, le sérum antidiphtérique est, pour me servir de la belle expression de GERHARDT, « un fruit mûri à l'arbre de la science ». Les idées bactériologiques qui remplissent la seconde moitié du XIX[e] siècle et dominent dans nos conceptions pathogéniques, se sont concentrées ici pour un succès tangible et ont fourni la preuve qu'elles ne constituent point de saines doctrines, mais des vérités scientifiques par lesquelles nous pouvons continuer à nous faire guider en toute confiance.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA INFANTILE

M. Marfan (1).

Ce traitement comprend trois parties : 1° la diète hydrique de vingt-quatre à quarante-huit heures ; 2° des injections sous-cutanées de sérum artificiel (additionné ou non de caféine) ; 3° des bains chauds (simples ou sinapisés).

(1) *Presse médic.*, 1900, n° 61.

La *diète hydrique* constitue la partie fondamentale du traitement du choléra infantile. Elle consiste à supprimer toute alimentation et à ne faire ingérer que de l'eau pure.

Il faudrait évidemment donner de l'eau stérilisée, mais dans la pratique une ébullition de quelques minutes fournit une eau suffisamment purifiée. Le liquide doit être conservé dans le vase où il a bouilli, et il faut éviter des transvasements inutiles. L'eau bouillie sera donnée froide ou tiède, selon le goût de l'enfant, dans un biberon ou une timbale soigneusement nettoyés à l'eau bouillante. A quelques enfants, on est obligé de la faire prendre à la cuillère. Certains médecins préfèrent donner, au lieu d'eau bouillie, une eau minérale naturelle, telle que l'eau de Vals, qui est la plus recommandable en pareil cas ; mais si on n'en a pas sous la main, l'eau bouillie pure remplit parfaitement le but cherché.

Quelle quantité d'eau doit-on faire prendre ?

Il faut, autant que possible, remplacer la quantité de lait qu'on ne donne pas par une quantité d'eau à peu près équivalente. A un nourrisson de cinq mois, il faudra faire prendre près d'un litre d'eau dans les vingt-quatre heures. Il est des nourrissons qui ne montrent pas un goût très vif pour l'eau pure et qui la prennent assez difficilement. On se contentera de leur en faire absorber ce qu'on pourra.

Les effets de la diète hydrique dans le choléra infantile sont tout à fait remarquables. D'abord et surtout *la diète hydrique fait disparaître les fermentations et putréfactions gastro-intestinales*, en supprimant tout aliment aux microbes qui pullulent dans le tube digestif. De plus, elle laisse reposer la muqueuse gastro-intestinale; elle ne l'irrite pas, comme la plupart des stimulants et des antiseptiques qu'on est tenté d'employer en pareil cas. Aussi les symptômes digestifs s'améliorent-ils rapidement ; les vomissements cessent tout d'abord, puis les garde-robes deviennent moins nombreuses et moins fluides. En outre ; la diète hydrique calme la soif, parfois très vive ; elle obvie à la déshydratation des tissus toujours très marquée ; elle maintient et active la diurèse, si nécessaire pour l'élimination des toxines. Souvent, dès qu'on a établi la diète, l'enfant, qui était agité et gémissant, s'endort d'un sommeil calme et profond.

Pour obtenir ces bons effets, il faut donner de l'eau pure, de l'eau sans aucune addition. Ce n'est que dans le cas assez rare où l'enfant se refuse à le prendre ; dans celui encore plus rare où les parents sont effrayés de la diète qu'on peut autoriser l'adjonction à l'eau d'une très petite quantité de sucre ou d'une infusion de thé extrêmement léger. Il faut toujours repousser l'adjonction d'alcool.

Dans le choléra infantile, la durée de ce régime doit être au moins de vingt-quatre heures, au plus de quarante-huit heures. Au bout de vingt-quatre heures, il faut examiner l'enfant pour

savoir s'il peut être alimenté prudemment. Les vomissements ont-ils disparu, la diarrhée est-elle moindre, la physionomie est-elle meilleure, la température est-elle à peu près normale, on peut faire prendre toutes les quatre heures, soit une courte tétée, soit 20 grammes de lait stérilisé additionné de 40 grammes d'eau, et, dans l'intervalle, on continue l'eau bouillie. Si l'enfant supporte l'alimentation, on augmente peu à peu la quantité de lait et on diminue la quantité d'eau, on rapproche les repas et, peu à peu, on arrive à l'alimentation normale. Mais, lorsque les accidents n'ont pas cédé au bout de vingt-quatre heures, il faut continuer le régime hydrique encore douze ou vingt-quatre heures. D'ailleurs, si, après avoir repris l'alimentation, les troubles reparaissent, il ne faut pas hésiter à revenir à la diète hydrique pendant dix à douze heures.

Pour éviter la cachexie qui se produit dans ces cas, dès le début, en même temps que l'on institue la diète hydrique, on prescrira des *injections hypodermiques d'eau salée* qui agissent en stimulant l'innervation, la circulation et la diurèse, et qui, par suite, constituent un agent puissant d'élimination des toxines microbiennes.

Tout le monde reconnaît l'efficacité de ces injections. On ne discute que sur la question de savoir s'il faut injecter de petites ou de grandes quantités. M. Marfan est partisan des injections à doses modérées. Il emploie la solution de chlorure de sodium à 8 p. 100, et il en injecte de 10 à 30 centimètres cubes en une fois; suivant les cas, l'injection est répétée deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

En cas de nécessité, on peut faire une solution d'une manière extemporanée en mettant une cuillerée à café de sel dans un litre d'eau bouillante.

L'injection doit se faire sous la peau du ventre, avec une seringue de 20 grammes comme celles qu'on emploie pour le sérum antidiphtérique. On doit la pousser avec une extrême lenteur, de manière à éviter la formation de vastes ecchymoses. Ces injections peuvent être continuées trois ou quatre jours; on peut les reprendre après les avoir cessées, si cela est nécessaire. D'une manière générale, il est bon de ne pas les continuer sans interruption plus de cinq à six jours, parce qu'elles finissent par provoquer une excitation nerveuse considérable et plus tard une sorte de gonflement pâle des tissus qui peut aller jusqu'à l'œdème.

Très souvent, surtout lorsque le collapsus est menaçant, M. Marfan ajoute au sérum une petite dose de caféine. Voici la formule qu'il emploie :

℞ Eau.	300 gr.
Chlorure de sodium.	2 gr. 50
Citrate ou benzoate de caféine.	0 gr. 75

Le sérum caféiné a une action stimulante très puissante sur le cœur et le système nerveux.

A la diète hydrique et aux injections d'eau salée, M. Marfan joint l'usage des bains chauds à 35° ou 36°, d'une durée de cinq à dix minutes, donnés deux à quatre fois par jour. Ces bains apaisent le système nerveux et sont suivis d'ordinaire d'un sommeil calme; ils régularisent la température et favorisent la diurèse. En cas de collapsus menaçant, on devra sinapiser le bain, pratique que Trousseau a recommandée autrefois ; le bain sinapisé exerce une stimulation puissante sur la circulation.

Lorsque les phénomènes toxiques ont disparu, la ligne de conduite du médecin doit être différente. Plusieurs cas peuvent alors se présenter.

Quand il n'y a pas de réaction typhoïde, ni de complication à distance, il persiste seulement une tendance à la diarrhée et une très grande faiblesse. Cette convalescence exige une surveillance attentive. Le règlement de l'alimentation est alors la chose essentielle ; il faut savoir la modifier, suivant les cas, jour par jour, heure par heure.

Lorsque, après la disparition des phénomènes cholériformes, on reprend l'alimentation, M. Marfan fait administrer cinq ou six fois en vingt-quatre heures, un peu avant les repas, une cuillerée à café de la potion suivante :

℞	Julep gommeux	80 gr.
	Teinture de colombo	5 —
	Teinture de cachou	10 —
	Sous-nitrate de bismuth	2 —
	Benzo-naphtol	1 —

Agitez.

Si elle ne réussit pas à diminuer notablement la diarrhée, on la remplace par l'emploi du tannigène (25 centigrammes, deux à quatre fois par jour suivant l'âge, dans un peu d'eau ou de lait avant les repas). D'ailleurs, si, à un moment donné, la diarrhée devient plus abondante, et surtout les vomissements reparaissent, il faut remettre l'enfant à la diète hydrique pendant dix à douze heures ; et, si les accidents du début sont assez éloignés, l'enfant ayant plus de six mois, on lui administre pendant la durée de cette diète du calomel à doses très faibles et fractionnées.

℞	Calomel	1 centigramme
	Sucre	50 —

Divisez en cinq paquets, un paquet toutes les demi-heures.

D'une façon générale il ne faut pas dépasser chez les jeunes enfants, la dose de 5 centigrammes en vingt-quatre heures, et faut-il la fractionner : on obtient ainsi des résultats remarquables. Mais, aux doses indiquées par les classiques, le calomel est un

médicament dangereux qui provoque parfois de la colite dysentériforme.

En somme, dans cette convalescence sans incidents, le traitement devient celui de la gastro-entérite simple.

En cas de réaction typhoïde avec colite dysentériforme, c'est le traitement de cette dernière qu'il faut mettre en œuvre (lavages de l'intestin avec une solution d'hyposulfite de soude à 6 ou 10 p. 100; diète mitigée; bains tièdes ou frais). De même les complications à distance (broncho-pneumonie, otite, accidents cérébraux, etc.) exigent leur traitement habituel. Chez quelques nourrissons, après une attaque de choléra infantile à laquelle ils ont échappé, on voit s'établir de la gastro-entérite chronique; dans ce cas, c'est le traitement de celle-ci qu'il faut instituer.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Des tumeurs fantômes de l'abdomen chez les enfants (1).— M. Justin Lemaitre (Limoges). — Ces tumeurs chez les enfants sont rares; en voici cependant un exemple :

Une fillette de treize ans, en conduisant un attelage de vaches, est serrée contre un arbre, le timon de la voiture comprimant le creux épigastrique; elle perd connaissance. Depuis, elle se plaint de douleur au creux de l'estomac, où apparaît, au bout de trois mois, une tumeur. Les divers traitements institués demeurent sans résultat, et la malade m'est conduite.

Je constate une tumeur, grosse comme une tête d'enfant, soulevant l'appendice xyphoïde, elle est mate en haut et sonne en bas. La digestion des solides est impossible. Je pense à un kyste traumatique ou hydatique. L'intervention est décidée.

La malade étant chloroformée, la tumeur disparaît; je pense à un kyste pédiculé qui serait descendu dans le ventre, et j'ouvre l'abdomen, où je ne trouve rien d'anormal.

En réalité, il s'agissait d'une tumeur gazeuse développée dans l'intestin et ayant atteint un volume assez considérable pour soulever le foie.

Dans les cas de ce genre, les coupables sont les fibres lisses de l'intestin, qui se contractent aux deux extrémités d'un segment d'intestin et enserrent les gaz, dont la production est d'autant plus considérable qu'il préexiste d'ordinaire des troubles digestifs et

(1) XI[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, tenu à Limoges du 1[er] au 7 août 1901. Samedi 3 août, soir.

que le sujet est hystérique. Les contractions des muscles de l'abdomen peuvent venir se surajouter aux précédents phénomènes pour produire les tumeurs fantômes en question.

Influence de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques professions insalubres sur la naissance des idots.— M. BOURNEVILLE. — Sur 2,072 garçons atteints de maladies chroniques du système nerveux, la syphilis héréditaire est représentée par 20 cas, soit 1 0/0. Sur 482 filles, il n'y a que deux hérédo-syphilitiques ; la proportion est donc là plus de moitié moins forte que dans le groupe précédent.

Au point de vue de l'alcoolisme, nous avons constaté que font des excès de boisson :

36,5 0/0 des pères,
3,1 0/0 des mères,
1,5 0/0 des pères et mères.

Comme professions insalubres exercées par les parents des idiots, il faut placer en première ligne celle où l'on manie la céruse, le mercure, le phosphore et le cuivre.

Paralysie générale juvénile. — M. DEVAY rapporte six cas de cette affection s'étant montrée chez des gens âgés de moins de vingt-cinq ans. Un trait commun, c'est le peu de temps qui s'est écoulé entre le chancre infectant et l'apparition de la paralysie générale. Dans deux cas, l'intervalle n'aurait été que de trois ans ; une fois même, il ne se serait écoulé qu'une année.

Chez un malade, la syphilis était remplacée par la tuberculose.

Ces six cas, relevés sur un total de deux cents entrées pour paralysie générale, démontrent que cette maladie — ainsi que l'a établi M. RÉGIS — est plus fréquente dans la jeunesse qu'on ne le dit.

De l'influence comparée des climats et de la résistance individuelle dans la tuberculose expérimentale. — MM. LANNELONGUE, ACHARD et GAILLARD (1). — Les expériences que nous avons entreprises en vue d'étudier l'influence du climat sur l'évolution de la tuberculose inoculée dans la plèvre chez le cobaye, nous ont appris que cette influence est peu considérable et n'a pas l'importance que tendaient à lui attribuer les prévisions cliniques.

Mais, en outre, elles nous ont encore permis d'observer des différences remarquables dans la marche de la maladie et dans les lésions chez les divers animaux d'un même lot, inoculés de même et soumis aux mêmes conditions de climat et de nourriture.

Certains de ces animaux ont résisté d'une façon remarquable à tel point qu'on peut dire que chez eux l'infection avait avorté ou spontanément guéri. Un certain nombre ont augmenté de poids,

(1) Congrès britannique de la tuberculose, tenu à Londre du 22 au 26 juillet.

et il en est même qui sont morts très gras, tout en présentant des lésions de tuberculose généralisée.

Dans la moitié des cas environ, les lésions sont restées localisées au thorax. Les altérations des séreuses, plèvres, péricarde, péritoine, ont été extrêmement fréquentes et ont présenté toute la série des lésions de la tuberculose des séreuses que l'on rencontre chez l'homme : formes sèches, séro-fibrineuses, purulentes, hémorragiques.

Un accident assez spécial à la tuberculose des cobayes, et dont nous avons rencontré 6 exemples, est la rupture de la rate avec hémorragie profuse dans le péritoine. La rate était souvent le siège d'infections qui en accroissaient le volume dans des proportions telles que nous avons vu cet organe atteindre plus du dixième du poids de l'animal.

La plupart des lésions rencontrées ayant leurs homologues en pathologie humaine, on peut comparer les résultats de ces expériences avec ce qu'on observe chez l'homme tuberculeux. Ce sont aussi les causes internes, dont l'ensemble constitue le terrain, beaucoup plus que les causes externes et les influences climatériques, qui déterminent la modalité des lésions et la marche générale de l'infection. Les chances de contamination tuberculeuse sont, à peu de chose près, les mêmes pour un grand nombre de sujets humains ; la porte d'entrée est aussi presque toujours la même. Or, la marche de l'infection est fort différente suivant les individus. Si le nombre des hommes résistants est relativement considérable, s'il est plus grand que pour nos cobayes, c'est que l'homme a moins de réceptivité que le cobaye pour la tuberculose, et qu'il s'infecte lentement et par petites doses, et non d'une façon massive comme dans nos inoculations expérimentales.

Le service municipal antituberculeux de la ville de Bordeaux, son but, son fonctionnement. — M. Hobbs (de Bordeaux). — Pour lutter contre les progrès de la tuberculose, la ville de Bordeaux, sous l'inspiration de l'adjoint à l'hygiène M. le Dr Dupreux vient de fonder un service antituberculeux qu'elle a confié à MM. Solles, Hobbs, Mongour et Baillet. Ce service, qui fonctionne depuis un mois à peine, a pour but de concentrer tous les documents relatifs à la tuberculose, de les classer, de favoriser l'usage de la tuberculine dans les étables productrices de lait, de venir en aide aux médecins de la ville et du département dans les cas douteux de leur clientèle.

Les médecins essaient à l'analyse les crachats ou produits quelconques suspects de tuberculose ; l'examen bactériologique en est fait, et si cet examen est négatif, l'inoculation au cobaye est pratiquée. La réponse est immédiatement envoyée au médecin traitant.

Le service se propose de remettre aux intéressés une petite notice où seront indiquées toutes les mesures d'hygiène pratique

que doit employer le chef de famille pour lutter contre la tuberculose, en même temps que seront distribués aux indigents des paquets contenant 2 gr. $HgCl^2$ et 10 gr. NaCl à faire dissoudre dans un litre d'eau, ce liquide étant destiné à assurer la désinfection des crachats.

Bien que le service ne fonctionne que depuis un mois à peine et qu'il ne soit pas encore très connu, il a déjà pratiqué 22 examens.

Le séro-diagnostic des tuberculoses dites « chirurgicales ». — MM. Arloing et Courmont.— Le séro-diagnostic par l'emploi des cultures liquides homogènes peut rendre de grands services pour le diagnostic de la nature des lésions dites chirurgicales.

Voici les résultats d'une statistique portant sur 66 observations.

Lésions non tuberculeuses : Réactions positives, 0. Réactions négatives, II.

Lésions cliniquement tuberculeuses : 55 cas. Réactions positives, 41, soit 74.54 0/0. Réactions négatives, 14, soit 25.46 0/0.

Ces 66 malades appartenaient tous à des services de chirurgie. Les tuberculeux offraient les localisations les plus diverses : ostéo-articulaires, osseuses, ganglionnaires et cutanées.

Il nous a semblé que la séro-réaction était plus constante et à un taux plus élevé dans les cas à évolution favorable, et que les cas les plus graves donnaient un plus grand nombre de séro-réactions négatives. De sorte qu'au point de vue pratique, une séro-réaction positive est un signe d'une grande valeur en faveur de l'existence d'une tuberculose chirurgicale.

De la séro-réaction comme moyen de diagnostic de la tuberculose. — Des divers moyens de la pratiquer. — M. Buard. — En 1899, après M. Arloing, nous avons obtenu une culture liquide homogène du bacille de Koch en suivant un procédé très légèrement différent de celui de MM. Arloing et P. Courmont sur pommes de terre glycérinées.

En 1900, nous avons publié un second procédé permettant d'obtenir des cultures homogènes en faisant passer plusieurs fois de suite la culture sur gélose glycérinée des bacilles de Koch sur carottes glycérinées à 6 0/0.

Cet hiver même, en 1901, nous avons obtenu des cultures liquides homogènes en cultivant le bacille tuberculeux sur betterave sucrée et glycérinée à 6 0/0.

Ces cultures liquides homogènes nous ont permis de voir dès 1898 que le sérum d'individus atteints de tuberculose possédait la propriété d'agglutiner ces cultures homogènes. Elles nous ont permis de voir que cette séro-réaction est d'autant plus nette et plus intense que le sujet est plus résistant ou plus éloigné de la cachexie.

Tous les liquides de l'organisme peuvent posséder ce pouvoir agglutinatif. Le sang desséché lui-même le conserve et permet de pratiquer cette séro-réaction.

La séro-réaction tuberculeuse est pour nous dans l'état actuel de nos connaissances un des meilleurs moyens que nous possédons de dévoiler la tuberculose dès le début de l'infection, c'est le seul à employer quand on ne peut percevoir la présence du bacille de Koch.

Sur la technique de l'application des rayons de Rœntgen au diagnostic de la tuberculose. — M. Béclère. — On ne peut plus mettre en doute les services rendus au diagnostic de la tuberculose pulmonaire par l'emploi des rayons de Rœntgen ; mais, pour tirer de cette nouvelle méthode d'exploration et particulièrement de l'examen radioscopique le meilleur parti possible, il est bon de réaliser certaines conditions dont l'expérience m'a appris l'utilité.

Ces conditions concernent le sujet examiné, l'observateur et le matériel employé à l'exploration.

Le sujet examiné, pour éviter la fatigue et conserver la liberté des mouvements respiratoires, particulièrement la liberté des mouvements du diaphragme, doit être couché sur le dos ou, de préférence, assis sur un siège élevé, de hauteur réglable, comme les tabourets de piano, et ayant la forme d'une selle de bicyclette, de manière à permettre l'extension presque complète des cuisses sur le bassin.

L'observateur, pour être en possession d'une très grande sensibilité rétinienne à la lumière, doit demeurer pendant quelques minutes dans l'obscurité avant de commencer l'examen radioscopique. Des mensurations précises m'ont appris qu'après dix minutes de séjour dans l'obscurité la sensibilité de la rétine à la lumière de l'écran fluorescent est devenue de 50 à 100 fois plus grande qu'elle n'était primitivement ; elle devient environ 200 fois plus grande après vingt minutes d'observation et, passé ce temps, elle grandit encore.

Il est préférable que le générateur d'énergie électrique, chargé d'alimenter l'ampoule de Crookes, ait une certaine puissance : cependant il n'est pas nécessaire que cette puissance soit très grande. En effet, peu importe une différence du simple au double dans la longueur de l'étincelle que peut fournir une machine statique ou une bobine d'induction, quand c'est au centuple et deux fois au centuple que le séjour dans l'obscurité fait grandir la sensibilité lumineuse de l'observateur. J'ai décrit et j'emploie journellement une petite machine statique de Wimshurst, à quatre plateaux, simplement mise en mouvement à la main, avec une manivelle, et assez peu volumineuse pour être très facilement transportable : elle suffit pour donner, sur l'écran fluorescent, à des yeux convenablement préparés par quelques minutes de séjour

dans l'obscurité, une excellente image des organes thoraciques.

En revanche, il est indispensable que le pouvoir de pénétration des rayons de Rœntgen, variable avec la résistance électrique de l'ampoule de Crookes, soit, toutes choses égales, exactement adapté à la sensibilité lumineuse de l'observateur. Au cours d'un examen radioscopique prolongé, la résistance électrique de l'ampoule doit diminuer à mesure que la sensibilité lumineuse de l'observateur devient plus grande. Mesurée par la longueur de l'étincelle équivalente, au moyen du spintermètre, le petit instrument que j'ai fait construire dans ce but, elle peut descendre de 9 centimètres environ à 3 centimètres et au-dessous.

Pour cette raison, les ampoules munies d'un régulateur de vide qui permet de faire varier à volonté, avec leur degré de vide, leur résistance électrique et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elles donnent, sont de beaucoup préférables aux autres. Rien ne vaut, à ce point de vue, les ampoules munies de l'osmo-régulateur imaginé par M. Villard.

Il n'est pas moins indispensable que l'ampoule, très facilement mobile, puisse être, au cours de l'examen radioscopique, placé par l'observateur en regard de tel ou tel point du thorax examiné. Cette condition est réalisée par le châssis porte-ampoule que j'ai fait construire dans ce but.

Mais il est utile surtout de pouvoir resserrer à volonté le faisceau divergent des rayons de Rœntgen qui traversent le thorax de manière à restreindre la surface illuminée de l'écran; c'est le moyen d'augmenter beaucoup, sur l'image radioscopique de la région plus particulièrement examinée, la précision des contours et la netteté des détails.

Dans ce but, j'ai fait construire un diaphragme de plomb, à ouverture variable, qui est une simplification du diaphragme-iris des microscopes. Ce diaphragme-iris, fixé au devant de l'ampoule et mobile avec elle, est complété par un petit instrument, l'indicateur d'incidence, qui montre à chaque instant, au cours de l'examen radioscopique, quelles que soient la position de l'ampoule et l'attitude du malade, le point de l'écran perpendiculairement frappé par les rayons de Rœntgen : c'est au voisinage immédiat de ce point, dit point d'incidence normale, que l'image radioscopique se rapproche le plus, par la forme et les dimensions, de celles de l'organe correspondant.

C'est ainsi que, dans l'examen radioscopique d'un malade atteint ou soupçonné de tuberculose, on commence par prendre une vue d'ensemble des organes thoraciques en élargissant au maximum l'ouverture du diaphragme-iris, puis on déplace l'ampoule de manière que le rayon d'incidence normale traverse le sommet de la poitrine et on rétrécit l'ouverture du diaphragme-iris jusqu'à ce qu'on n'aperçoive plus sur l'écran que l'image des régions sus-claviculaires des deux poumons. Enfin on fait varier la résistance

électrique de l'ampoule et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elle donne de manière à obtenir le plus grand contraste possible entre les parties claires et les parties sombres de l'image radioscopique.

Telles sont les conditions qui rendent plus précise et plus sûre la radioscopie appliquée au diagnostic de la tuberculose pulmonaire à ses débuts.

Étude anatomique et expérimentale touchant l'influence de l'alimentation par la viande crue sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. — MM. Cornil et Chantemesse. — Les animaux nourris à la viande cuite ou à la viande crue, recevaient en 24 heures, le même poids d'aliment. Les chiens étaient partagés en lots de deux, chaque unité dans les lots ayant même apparence et même poids. L'un des animaux de chaque couple avait à satiété de la viande cuite ; la quantité qu'il dévorait était mesurée chaque jour ; et le second chien recevait le lendemain une quantité de viande crue égale à celle que le premier avait mangée cuite la veille. Dans chaque couple le régime du second animal était réglé par le régime du premier. La seule différence alimentaire résidait donc dans la cuisson et dans la non-cuisson de la viande. Encore est-il à remarquer que pour obtenir un kilogr. de viande cuite il faut environ 1.250 grammes de viande pesée avant la cuisson; il en résulte que les chiens nourris à la viande cuite absorbaient pour ce poids égal de nourriture une masse de viande plus considérable que celle fournie à leurs camarades soumis au régime de la viande crue.

Les inoculations de tuberculose ont été pratiquées dans la veine des animaux avec une culture très virulente, tuant le cobaye en six semaines, par inoculation sous-cutanée à la dose d'une anse de fil de platine. Tous les chiens ont été inoculés le 18 juin 1900 dans la veine de la patte avec une dose égale d'une même culture.

Les résultats de ces expériences ont été décisifs. Les chiens nourris à satiété avec de la viande cuite ont succombé dans un espace de temps variant entre 4 semaines et 3 mois. A l'autopsie ils présentaient des lésions de tuberculose généralisée avec nodules caséeux plus ou moins volumineux. Le foie était frappé de dégénérescence graisseuse avancée.

Le second animal de chaque couple, celui qui mangeait de la viande crue était sacrifié aussitôt que mourait son compagnon nourri à la viande cuite. Dans tous les cas l'autopsie montrait la conservation d'un notable embonpoint, une dégénérescence graisseuse du foie modérée et aussi de nombreuses productions de tuberculose. Cependant les tubercules que l'on constatait étaient moins nombreux, moins volumineux et moins caséeux que ceux présentés par les chiens nourris à la viande cuite.

Nous avons gardé pendant un an, en continuant à ne le nourrir qu'avec de l'eau et de la viande crue, environ 750 grammes par

jour, un de ces chiens dont le compagnon qui mangeait de la viande cuite avait succombé au bout de 5 mois. Pendant toute l'année, ce chien avait conservé sa force, son embonpoint et une santé en apparence parfaite.

Il a été tué par le chloroforme. Nous avons trouvé des lésions de la plupart des organes, du poumon, du foie, de la rate et des reins.

Le rein est de tous les organes le plus profondément altéré, non seulement par la présence de grosses granulations tuberculeuses, visibles à l'œil nu et contenant des bacilles, mais aussi par l'existence d'une néphrite chronique généralisée.

Dans tout le rein, les lésions de néphrite chronique sont des plus évidentes. Ainsi, dans les parties superficielles affaissées, on voit des glomérules très rapprochés les uns des autres, presque en contact, presque tous avec une capsule propre très épaisse, fibreuse, se colorant très fortement en rouge par le réactif de Greeson. Le bouquet glomérulaire toujours modifié dans le sens de la dégénerescence fibreuse est parfois représenté seulement par un bouton fibreux. Dans d'autres parties du rein, on voit des îlots de tubes ayant conservé leurs dimensions normales entourés de bandes sclérosées dans lesquelles les tubes sont atrophiés.

Les pyramides de ces reins présentent aussi quelques granulations tuberculeuses interposées entre les tubes droits ou les englobant dans leur tissu néoplasique. Les vaisseaux sanguins de la base et du pourtour des pyramides, qu'il s'agisse d'artérioles ou de veines, sont tous atteints d'une sclérose très manifeste portant sur leurs tuniques externes et interne.

En résumé, d'après l'autopsie de ce chien, en apparence très bien portant, on peut dire que sa tuberculose était en excellente voie de guérison, mais qu'il avait conservé à la suite de la tuberculose du rein, une néphrite double chronique avec atrophie glomérulaire partielle et avec des lésions conjonctivo-vasculaires incurables qui auraient mis ses jours en danger au moindre accident pathologique survenu ultérieurement.

Nous avons tenté chez des animaux frugivores le traitement de la tuberculose expérimentale par l'ingestion de viande crue. Deux singes ont reçu dans les veines une culture de tuberculose très virulente. L'un a été laissé à son régime ordinaire ; il a succombé au bout de 23 jours à une tuberculose généralisée. Le second avait pris 15 jours avant l'inoculation et avait continué depuis ce moment à ne manger que de la viande crue. Cette nourriture ne lui souriait pas, et il n'en prenait chaque jour qu'une petite quantité. Cependant, grâce à son régime alimentaire il a survécu à l'inoculation pendant 49 jours.

Il résulte de ces expériences que l'utilité du régime de la viande crue utilisé pour le traitement de la tuberculose ne réside pas dans un phénomène de suralimentation pur et simple, mais qu'il repose sur une qualité particulière antituberculeuse de l'aliment.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

HYDROCÉPHALIE PAR TUMEUR CÉRÉBRALE

Par le Dr A.-B. MARFAN

Ce petit garçon est âgé de 3 ans et 3 mois. Il est né à terme, de parents bien portants ; il était bien constitué à la naissance. Il a été nourri au sein par sa mère et son histoire ne présente que deux incidents dignes d'être relevés : il a marché très tardivement, vers l'âge de 20 mois : il a eu des convulsions sans cause appréciable à l'âge de 18 mois.

Sa maladie actuelle a commencé il y a près de six mois. D'abord l'enfant se plaignait de la tête, mangeait peu et vomissait de temps à autre. Puis, il s'est refusé à marcher et ses mains sont devenues maladroites ; il laissait tomber les objets qu'il prenait ; la main droite paraissait plus faible que la gauche.

Enfin, l'enfant criait quand on touchait et surtout quand on remuait ses bras et ses jambes. Il a fini par rester dans son lit immobile et c'est alors, environ trois mois après le début, que la mère nous l'a conduit.

A l'entrée de l'enfant à l'hôpital, il y a environ trois mois, nous avons constaté une parésie spasmodique des quatre membres. Le petit malade ne peut tenir debout ; le réflexe patellaire est exagéré ; l'excitation de la plante du pied détermine l'extension des orteils, surtout du gros orteil ; on ne peut provoquer la trémulation épileptoïde du pied. Sans être complètement paralysés, les membres supérieurs sont impotents ; la main ne peut saisir un objet sans le laisser tomber ; quand elle se meut, elle est animée d'une sorte de tremblement, surtout la droite.

L'apparition de cet état de parésie spasmodique à l'âge de 3 ans ne permettait pas de penser à une maladie de Little ; elle devait faire soupçonner tout d'abord l'existence d'un mal de Pott. L'examen du rachis ne nous a révélé aucune déviation, mais il nous a permis de constater un certain degré de raideur dans la nuque, et il nous a montré sur la partie latérale, dans la masse musculaire de la gouttière vertébrale gauche, à la hauteur du scapulum, une sorte d'empâtement un peu dur et nous avons pu

nous demander s'il n'y avait pas là un abcès ostéopathique en formation. Mais nous n'avons pu avoir de certitude ; car une contracture musculaire pouvait expliquer tout aussi bien cette particularité.

Bien que le diagnotic de mal de Pott ne fut pas très assuré, nous l'avons accepté provisoirement et nous avons mis l'enfant dans le décubitus dorsal, sans traversin, sur un matelas mince, horizontal, reposant sur une planche, et nous lui avons donné du glycérophosphate de chaux et du sirop iodo-tannique.

Aucune amélioration n'est survenue dans l'état de parésie des membres et au bout d'un mois des phénomènes nouveaux sont apparus qui nous ont permis d'éliminer le mal de Pott et d'établir un diagnostic. Nous avons été frappés par certaines modifications des yeux : ceux-ci étaient brillants, le regard était fixe et dirigé en bas ; les pupilles étaient dilatées. Nous avons constaté que la tête avait grossi, que la grande fontanelle s'était élargie et était très tendue et que les sutures craniennes commençaient à se disjoindre. Il y avait donc de l'hydrocéphalie et le regard était celui des hydrocéphales.

Or, l'hydrocéphalie qui survient lentement et tardivement, après 2 ans, est due presque toujours, pour ne pas dire toujours, à une tumeur cérébrale, et le diagnostic de tumeur cérébrale a été ici confirmé par l'examen ophtalmoscopique qui a révélé l'existence d'une neuro-papillite œdémateuse.

Cet enfant a donc une tumeur cérébrale qui a déterminé de l'hydrocéphalie, de l'œdème de la papille optique et un état de parésie spasmodique des quatre membres. Ce diagnostic explique les phénomènes du début : céphalalgie et vomissements.

Si nous sommes certains qu'il existe une tumeur cérébrale nous ne pouvons faire que des hypothèses sur son siège et sa nature.

Nous ne pouvons préciser le siège de la tumeur, parce qu'il n'y a aucun phénomène de localisation ; tout au plus pouvons-nous supposer qu'il y a une tumeur du cervelet, parce que ce siège est le plus commun et parce que certains symptômes observés dans notre cas, comme les vomissements initiaux, la contraction de la nuque, l'hydrocéphalie et la neuro-papillite œdémateuse, sont plus fréquents dans les néoplasmes cérébelleux.

Quant à la nature de la tumeur, elle est encore plus difficile à préciser. La tumeur cérébrale qui passe pour être la plus fréquente chez l'enfant est le tubercule solitaire ; mais j'ai plus souvent rencontré le gliome que le tubercule. Les gommes syphilitiques sont extrêmement rares dans les premières années de la vie. En tout cas on ne trouve chez notre sujet aucun signe et aucun antécédent de tuberculose ou de syphilis. Je crains qu'il ne s'agisse d'un gliome et que la mort ne survienne à brève échéance.

Que pourrions-nous faire pour notre petit malade ?

Malgré l'absence d'antécédents et de signes de syphilis, notre

devoir était de le soumettre au traitement antisyphilitique ; il a donc subi des frictions mercurielles et pris de l'iodure pendant un mois et demi sans aucun résultat.

Si l'on pouvait indiquer au chirurgien une localisation précise de la tumeur, on pourrait peut-être tenter l'extirpation chirurgicale, mais je vous ai montré qu'on ne le pouvait pas.

La seule indication qui reste est de diminuer la compression du cerveau par l'hydrocéphalie. Bien que cette compression soit relativement faible parce que la grande fontanelle est ouverte, elle n'en est pas moins réelle ; l'état de parésie spasmodique, l'œdème de la papille, la tension de la fontanelle en sont les preuves.

Il y a avantage à diminuer cette compression pour empêcher la neuro-papillite de s'aggraver et d'entraîner la cécité, pour que l'intelligence soit moins obtuse, et enfin pour mettre les diverses parties contenues dans le crâne dans de meilleures conditions de circulation et de nutrition, de façon à favoriser la guérison si celle-ci à quelque tendance à se produire spontanément.

Pour décomprimer le cerveau, la trépanation n'est pas utile puisqu'ici le crâne est déjà ouvert. Mais nous devrons tenter la décompression, soit par la ponction lombaire, soit par la ponction ventriculaire.

La ponction lombaire qui est une opération simple et sans danger va être faite devant nous..... vous voyez qu'elle ne donne issue qu'à une petite quantité de liquide (8 gr. environ), qui s'écoule goutte à goutte, sans pression forte. A vrai dire, je prévoyais ce résultat. J'ai signalé depuis longtemps ce fait que, tout au moins à l'état pathologique, il y a oblitération des communications qu'admettent les anatomistes entre l'espace sous-arachnoïdien et les cavités ventriculaires (trou de Magendie et ouvertures latérales du 4e ventricule. Il en résulte que par la ponction lombaire, on ne peut vider les ventricules, et, en cas d'hydrocéphalie, décomprimer le cerveau.

Allons-nous avoir recours à la ponction ventriculaire ? J'avoue que je n'y suis pas très disposé ; car, d'une part, je ne crois pas qu'elle puisse donner de résultats bien favorables et, d'autre part, cette opération est moins inoffensive que la ponction lombaire. Cependant si la tension de la fontanelle devenait encore plus accusée, je me déciderais à vider directement le ventricule.

Appendice. — La situation de cet enfant est restée stationnaire pendant quelques semaines ; puis elle s'est aggravée brusquement ; le malade est tombé dans une somnolence demi-comateuse et il a succombé deux mois après la leçon. L'autopsie a confirmé le diagnostic porté par le professeur ; il s'agissait d'un *tubercule du cervelet.* — A ce sujet, M. le Dr J. Hallé, qui a pratiqué l'autopsie, nous a remis la note suivante.

Autopsie. — On constate très peu de lésions dans les différents viscères de la cavité thoracique ou abdominale.

Le cœur, le foie, les reins et la rate paraissent normaux. — On constate seulement dans le médiastin que les ganglions lymphatiques sont un peu augmentés de volume. A l'incision d'un de ces ganglions situé du côté gauche,on constate un noyau caséeux de la taille d'un gros pois. Dans le poumon gauche, on retrouve un petit foyer caséeux de tuberculose au niveau du lobe supérieur. Mais dans le reste des deux poumons, il n'existe pas de lésions tuberculeuses.

Le *crâne* est enlevé et on est frappé immédiatement du développement du cervelet qui comprime les parties adjacentes. En enlevant le cerveau, on constate que les hémisphères cérébraux sont distendus par du liquide ventriculaire et qu'il existe une hydrocéphalie interne notable. Cependant cette hydrocéphalie n'a pas le degré d'intensité que le volume de la tête de l'enfant pouvait faire supposer.

Le cervelet est environ doublé de volume. Le lobe latéral gauche participe seul à l'augmentation de volume de cet organe. La surface plissée du cervelet a pris un aspect beaucoup plus lisse et en incisant le cervelet, on constate une *tumeur de la taille d'un petit œuf*, recouverte partout par la substance cérébelleuse, un peu ramolli au centre, et d'une coloration jaunâtre; cette tumeur offre tous les caractères objectifs des tubercules du cervelet.

Les méninges, la région du chiasma, ne présentent rien de particulier et il n'existe dans l'encéphale en aucun point d'autre lésion tuberculeuse.

La moelle épinière enlevée ne présente pas de lésion appréciable à l'œil nu.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES NÉPHRITES AIGUËS INFECTIEUSES ET TOXIQUES DE L'ENFANCE. — ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — TRAITEMENT.

Recherches cliniques, bactériologiques et thérapeutiques

par le Dr L.-M. SPOLVERINI (1)
Assistant de la Clinique de Pédiatrie et des Hôpitaux de Rome.

NÉPHRITES POST-IMPÉTIGINEUSES.

Je m'étendrai un peu sur cette forme de néphrite, parce que c'est une des moins connues, comme nous le verrons après l'exposition des faits cliniques.

Observation VI. — Marcellus P., âgé de 6 ans, entre à la clinique le 26 mars 1900. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. A l'âge de 3 ans il avait été atteint de rougeole qui s'était terminée par la guérison.

(1) Suite. Voyez le no précédent.

Il y a un mois environ, il s'est manifesté chez lui une dermatose intense du cuir chevelu, qui persiste encore. Depuis quelques jours la mère a remarqué chez son enfant de l'œdème à la face d'abord et ensuite aux extrémités supérieures et inférieures, sans qu'il eut été exposé au refroidissement ou à toute autre cause capable de produire ces œdèmes.

C'est alors qu'elle nous l'amène.

Etat actuel. — Peau extrêmement pâle; œdème à la face, surtout aux paupières, aux mains, aux malléoles et au scrotum ; météorisme peu accentué du ventre, épanchement séreux peu prononcé dans le péritoine. Le cuir chevelu présente une dermatose très étendue, caractérisée par une rougeur diffuse, où l'on voit çà et là des vésicules, dont quelques-unes sont tranformées en pustules et en croûtes nombreuses, noirâtres, au-dessous desquelles on remarque un exsudat semblable au pus jaunâtre que l'on voit sortir des solutions de continuité du derme.

L'enfant est dyspnéique : pulsations 115; respiration 38 ; température 38° 5 ; céphalée légère ; anorexie. Les urines sont rares, foncées, contenant de l'albumine 1,5 0/00, pauvres en urée, déposant un sédiment qui contient de nombreux globules rouges bien conservés dans leur forme, peu de globules blancs et quelques cellules rénales, des cylindres sanguins et granuleux, et des granules amorphes d'urates en grande quantité.

Deux jours après, je fais l'examen bactériologique des urines, qui sont recueillies directement dans la vessie, avec un cathéter aseptique ; on en verse quelques gouttes dans un tube de bouillon, et de là on passe dans des tubes contenant de l'agar et de la gélatine. En même temps, après avoir bien nettoyé et enlevé les croûtes les plus superficielles de l'impétigo, on prend avec une anse de platine flambé, un peu de pus et de détritus, et on le délaie dans le bouillon, et de là on le passe sur agar et sur gélatine. Après 36 heures on remarque dans les deux séries de cultures le même type de reproduction microbienne ; et soit aux propriétés de culture, soit aux caractères microscopiques, on reconnaît la présence du *staphylococcus pyogenes aureus*, en culture pure.

L'enfant pendant les deux jours est soumis au régime lacté. Comme médicament on lui prescrit du calomel. De cette façon j'ai pu examiner les urines avant de commencer le traitement au rénadène.

Le 29 mars traitement au rénadène (2 gr. par jour). Dans le tableau VI on trouve les modifications relativement à la quantité des urines et de l'urée dans les 24 heures, à l'albumine, et aux variations de la température.

Voici un résumé de la marche de la maladie.

29 mars. Les œdèmes persistent; il en est de même de la dyspnée; et de la céphalée ; l'examen du sédiment des urines conduit au même résultat que le premier jour. Régime exclusivement lacté.

2 avril. Les œdèmes de la face ont beaucoup diminué ; ils sont encore bien visibles au scrotum et aux malléoles ; quantité des urines augmentée ; pas de céphalée ; amélioration des conditions générales.

On applique la pommade de Wilson sur l'impétigo après avoir enlevé les croûtes.

5 avril. Tendance des urines à reprendre leur couleur normale ; nombreux globules rouges et cylindres.

8 avril. Pas d'œdème. L'enfant est bien ; il a bon appétit.

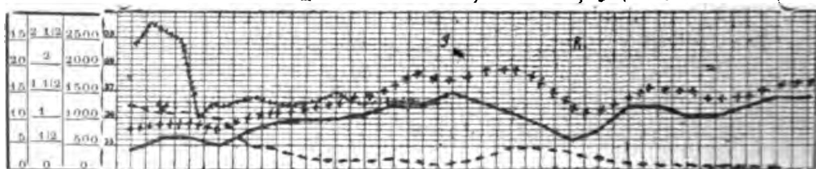


Fig. 6. Néphrite post-impétigineuse.
R. Rénadène. — S. et R. Suspension et reprise du rénadène.

Urines abondantes, contenant peu d'éléments morphologiques.

10 avril. Légère élévation de la température ; les urines redeviennent un peu foncées. On apprend qu'il y a eu un trouble digestif par suite de l'imprudence des parents. On donne un purgatif et tout rentre dans l'ordre.

14 avril. L'enfant se porte bien. On suspend l'administration du rénadène.

17 avril. Diminution dans la quantité des urines, qui sont moins claires. Nouvelle administration de rénadène.

Le petit malade a continué ainsi jusqu'au 28 avril à présenter des traces d'albumine dans les urines.

L'eczéma est guéri.

L'enfant quitte la clinique le 6 mai, complètement rétabli.

Observation VII. — Julie D. âgée de 4 ans, entre à la clinique le 18 avril 1900. Il y a trois ans elle a eu une pleurésie avec épanchement du côté gauche, et ensuite une bronchite récidivante. Pas de maladies aiguës dans les derniers temps.

La mère raconte avoir remarqué chez son enfant, il y a 20 jours environ, une éruption cutanée du cuir chevelu ; l'éruption a augmenté successivement ; depuis trois jours il s'est manifesté tout à coup un œdème à la face et en même temps une diminution dans la quantité des urines, qui sont troubles et foncées. L'enfant nous est amenée dans cet état.

État actuel. — Œdème à la face et plus particulièrement aux paupières, aux mains et aux pieds jusqu'au-dessus des malléoles. Pâleur de la peau. Les empreintes des doigts restent visibles sur

les parties enflées. Le cuir chevelu est couvert de croûtes noirâtres, dures et épaisses ; quand on les soulève, on remarque, au-dessous, des solutions de continuité de dimensions différentes, très peu saignantes, et recouvertes d'un exsudat abondant, semblable au pus, et collant les cheveux.

L'enfant est un peu dyspnéique, mais n'a pas de cyanose ; température 37° 6, pulsations fréquentes.

Les urines sont rares, plutôt foncées ; elles contiennent une grande quantité d'albumine et du sang.

Le microscope nous fait voir de nombreux globules rouges, et blancs; quelques cellules rénales bien conservées et des cylindres granuleux.

De même que dans l'observation précédente, nous pratiquons ici les recherches bactériologiques des urines et de l'exsudat épanché au-dessous des croûtes. Et de même nous relatons la présence des staphylocoques en culture pure dans les urines et associés à quelques bacilles très rares et petits dans l'exsudat.

On prescrit le rénadène (2 gr. par jour) et l'application de pommade de Wilson sur le cuir chevelu.

L'état des urines et la marche de la fièvre pendant toute la maladie sont indiqués dans le tableau VII. Voici le résumé de la maladie :

23 avril. Augmentation de la quantité des urines devenues plus claires ; diminution des globules rouges et des œdèmes, surtout aux extrémités inférieures ; l'enfant est un peu soulagée.

26 avril. Les œdèmes sont encore un peu visibles aux paupières ;

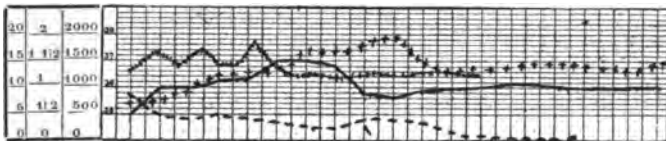


Fig. 7. — Néphrite post-impétigineuse.
R. Rénadène.

l'état général de la petite malade est bon : la couleur des urines est à peu près normale ; le sédiment contient toujours des globules rouges et quelques fragments de cylindres granuleux.

L'impétigo s'améliore : pas d'œdèmes ; peu d'albumine et de globules rouges, et quelques cellules rénales.

L'enfant a continué ainsi pendant 12 à 15 jours, jusqu'à ce qu'on ne rencontre plus nulle trace d'albumine, et que les urines sont devenues tout à fait normales.

Le 20 mai, l'impétigo ayant disparu, l'enfant quitte la clinique.

Observation VIII. — Italia S., âgée de 5 ans, entre à la clinique le 14 janvier 1901. A l'âge de 4 ans elle a eu la rougeole, et plus tard elle a été atteinte d'une éruption cutanée (probablement une forme d'impétigo contagieux) qui se termina par la guérison.

Il y a 30 jours, une éruption semblable a paru d'abord sur les paupières, et de là s'est répandue sur toute la surface du cuir chevelu. Quinze jours plus tard, fièvre, qui survient sans qu'on ait pu en préciser la cause, œdème à la face et les jours suivants aux pieds, aux jambes et un peu aux mains. En même temps les urines sont rares, foncées, laissant un sédiment assez considérable. La mère, ne voyant aucune amélioration, nous amène son enfant.

Etat actuel. — Œdème mou à la face, aux extrémités inférieures allant jusqu'aux genoux, aux mains et aux avant-bras. Rien d'anormal dans les organes internes. Peau extrêmement pâle ; dyspnée, fièvre légère (37°8). Sur le cuir chevelu on observe une éruption cutanée, diffuse, constituée par des croûtes de différentes dimensions et épaisseurs, jaunâtres, qui, soulevées, laissent voir une surface recouverte d'une sécrétion semblable au pus et quelque peu saignante. Les urines sont rares (400 cc.), foncées, avec une grande quantité d'albumine (5 0/00), déposant un sédiment qui contient beaucoup de globules rouges bien conservés, des cylindres hématiques et granuleux, très peu de cellules rénales et quelques cellules epithéliales provenant de la vessie.

Les recherches bactériologiques des urines et de l'exsudat nous révèlent la présence du *staphylococcus pyogenes aureus*, en culture pure dans les urines et associé, mais avec une très grande prédominance dans l'impétigo. L'enfant est soumis au régime lacté.

Le 17 janvier on commence le traitement par le rénadène (2 gr. par jour).

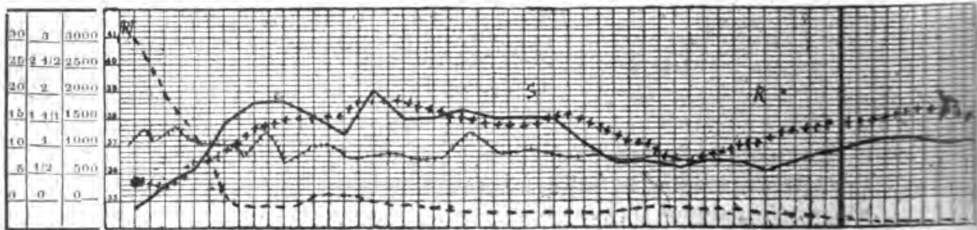


Fig. 8. Néphrite post-impétigineuse.
R. Rénadène. — S et R. Suspension et reprise du rénadène.

La marche de la maladie est enregistrée dans le tableau VIII.

Les œdèmes commencent à s'atténuer, les urines deviennent

claires ; amélioration dans l'état général. Des traces d'albumine ont persisté encore pendant 15 jours, avec quelques globules rouges.

La guérison de l'impétigo a été plutôt longue (40 jours) tellement il était grave.

Le 28 février l'enfant, quitte la clinique, tout à fait guérie.

***

C'est depuis quelques années seulement que l'attention des pédiatres a été attirée sur l'influence que l'eczéma impétigineux exerce sur la production des néphrites chez les enfants.

Dans les divers traités de pédiatrie, y compris les plus récents, nous voyons que cette influence n'est pas même mentionnée ou qu'elle l'est d'une façon très vague, tout au plus comme une chose possible, non appuyée de faits personnels. Cependant les anciens avaient remarqué que dans le cours de quelques dermatites il pouvait arriver des accidents graves, qui étaient attribués en général à la célèbre répercussion des eczémas avec la tendance à les considérer comme un *noli me tangere*, et à les favoriser plutôt qu'à chercher à les guérir. Des observations ultérieures ont fait ressortir le rapport qui existe entre l'eczéma, l'infection générale, et les néphrites.

Ainsi Descroizilles (1) parlant de l'eczéma confluent sur des surfaces cutanées très étendues, le regarde comme un véritable danger, pour la raison qu'il entrave les fonctions les plus importantes de l'économie jusqu'au marasme et à la mort. Mais, à part cela, il ne dit rien de plus.

Hagenback (2), parlant des néphrites aiguës infectieuses, ne fait aucune mention de celles qui surviennent à la suite d'un eczéma.

Ellis (3) dit que lorsque l'eczéma se prolonge pendant quelque temps, l'enfant devient atrophique et chétif, de mauvaise humeur et peut même succomber au marasme ou à quelque diathèse cachée jusqu'alors, que l'irritation longtemps continuée a pu mettre en activité. Mais quelle est cette diathèse obscure ?

De même Revilliod (4), Rilliet et Barthez qui insistent beaucoup sur les néphrites dues à des causes inconnues, et sur les néphrites à la suite d'un refroidissement, ne font aucune allusion aux néphrites port-eczémateuses. Strumpell Gerhardt, Eichhorst (5) font mention de cette étiologie, comme d'une chose seulement probable, par une irritation provoquée par le passage à travers les reins, des produits inflammatoires élaborés dans la peau.

(1) Descroizilles : *Manuel de pathologie et clinique infantile.*
(2) Hagenback: *Uber Nephrites bei acuten Infection.*
(3) Ellis : *Manuel pratique des maladies de l'enfance.*
(4) Revilliod : *Notes cliniques sur quelques maladies de l'enfance.*
(5) Eichhorst : *Trattato di patologia,* etc. Vol. III, p. 712.

Le premier qui a réellement établi le rapport entre la néphrite et les eczémas a été Ferreira (1), avec deux observations assez démonstratives et tout de suite après, Guaita (2), au premier Congrès de pédiatrie de Rome, appelait l'attention des pédiatres sur cette question avec la relation de cas observés par lui, d'enfants eczémateux âgés de moins d'un an, qui moururent presque subitement avec tous les symptômes du mal aigu de Bright. Dans cette occasion Concetti confirma les idées de Guaita avec deux cas identiques observés par lui, avec anurie, albuminurie, hématurie, coma, convulsions, et mort dans le bref délai de un à deux jours (3). Depuis lors, des cas semblables ont été rapportés par Canali (4) de Felici, Triboulet, Hirschprung et d'Espine (5). Or mes trois observations, bien que considérées seulement au point de vue clinique, prouvent à l'évidence comment la néphrite a été une conséquence de l'eczéma. En effet, nos trois enfants n'ont eu précédemment aucune maladie infectieuse aiguë, et ils n'ont été exposés à aucune autre cause de néphrite. Ils présentent seulement une lésion : l'eczéma impétigineux ; et c'est justement dans le cours de cette infection, et précisément après quelques jours que les symptômes du mal de Bright se manifestent, sans même qu'on ait essayé le moindre traitement de la maladie cutanée qui était dans son plein, et par conséquent sans pouvoir incriminer la suppression de la manifestation cutanée.

Mais toutes ces observations, qui ont cependant une très grande importance pour établir un rapport de causalité entre l'eczéma et la néphrite, seraient encore plus probantes si, par l'examen bactériologique, nous pouvions arriver à déceler le même microorganisme pathogène dans la lésion de la peau et dans les urines, de façon à concevoir la pathogénie de cette néphrite par l'action sur les reins (glomérules) des bactéries pénétrées à travers les lésions cutanées de l'eczéma. Les seuls qui jusqu'ici aient tenté ces recherches et démontré ce rapport causal sont, avant tous, mon maître, le prof. Concetti, qui a trouvé une fois le streptocoque, une autre fois le straphylocoque (6) et le Dr Triboulet qui, dans un cas, a trouvé le bacille pyocianique. Voilà la raison pour laquelle dans les cas qui se sont présentés à notre clinique je me suis proposé d'instituer des études systématiqnes afin de pouvoir fournir d'autres preuves directes du rapport qui existe entre la néphrite et l'eczéma, et contribuer ainsi à la connaissance de l'étiologie, et de la pathogénie de ces formes de néphrites aiguës.

(1) Ferreira : *Archivio italiano di pediatria*, 1891-92.
(2) Guaita : *Atti del I congresso di pediatria.*
(3) Concetti : *Atti del I congresso di pediatria.*
(4) Canali : *Archivio italiano di pediatria*, 1891-92.
(5) D'Espine : *Traité pratique des maladies de l'enfance.*
(6) *Rendiconti clinico-statistici della clinica pediatrica di Roma dal 1895 al 1900.*

Je dirai tout d'abord que je fus assez heureux dans mes recherches, parce que, ainsi qu'on peut le voir dans mes observations mentionnées plus haut, j'ai pu obtenir dans les trois cas le *staphylococcus pyogenes aureus* en culture pure dans les urines, et quelquefois aussi en culture pure dans l'eczéma. Après cela, on ne pourra douter qu'au moins pour mes observations, le staphylococcus de l'affection cutanée ait provoqué la néphrite, et que par conséquent cette néphrite soit de nature microbienne.

Il est facile aussi de comprendre le mécanisme de cette infection, pour peu qu'on veuille suivre la marche de la maladie. Il est évident que le staphylococcus ayant pénétré dans l'intérieur des vaisseaux de la peau, à travers les solutions de continuité produites par l'eczéma, pourra provoquer une élévation de température et une septicémie et le passage des microbes pathogènes à travers les reins comme étant les organes jouant le plus grand rôle dans l'élimination des substances nocives, ce qui nous explique aussi comment l'agent infectieux attaque de préférence les glomérules, car l'examen des urines nous montre qu'il s'agit d'une véritable glomérulo-néphrite.

Du reste, tout ceci trouve une explication exacte et rationnelle dans la pathogénie de toutes ces affections qui sont dues presque exclusivement à l'action des microbes, et qui se présentent si différentes des formes que nous avons vues sous la dépendance des toxines. Nous savons que beaucoup de néphrites de nature septicémique présentent les caractères de la glomérulo-néphrite (néphrites diplococciques dans la pneumonie). Naturellement toutes ces néphrites ne sont pas spécifiques, c'est-à-dire déterminées par le même germe. L'agent infectieux peut sans doute varier suivant la prédominance des germes dans chaque forme d'eczéma. Ainsi dans nos trois cas nous avons toujours observé le staphylococcus (qui représente l'agent infectieux plus commun), tandis que Triboulet a trouvé le bacille pyocianique et Concetti une fois le streptocoque.

Le pronostic de ces affections rénales pourra varier, pour ce que nous connaissons, surtout avec l'âge de l'enfant, et avec la nature de l'agent infectieux. Les premiers cas rapportés par Guaita, Concetti, etc., ont tous succombé rapidement ; mais on avait affaire à des nourrissons de moins d'un an. Les observations ultérieures, de Concetti et d'autres, concernant des enfants plus âgés comme aussi les miennes, se sont toutes terminées par la guérison. On peut, par conséquent affirmer que chez les très petits enfants la maladie doit être considérée comme extrêmement plus grave.

L'agent infectieux qui détermine l'affection rénale a aussi certainement une grande influence sur la marche et la terminaison de la maladie. En effet, avec nos connaissances de bactériologie et de pathologie générale nous nous expliquons pourquoi

une néphrite provoquée par exemple par le streptocoque a une marche plus sérieuse que celle produite par le staphylocoque, et par conséquent pourquoi celle-ci peut aboutir à la guérison dans une période de temps plus courte. L'examen bactériologique pourra donc nous renseigner pour le pronostic.

En tous les cas, les formes microbiennes seront toujours à considérer comme plus graves que les formes toxiques en vue aussi des altérations histologiques des reins, car, comme il est ici question d'une attaque microbienne localisée en prédominance dans les glomérules de Malpighi, les lésions doivent être considérées comme beaucoup plus profondes que les formes à prédominance tubulaire. Nous avons eu la démonstration de ces inductions par l'examen de toutes les séries de cas que nous avons observés.

Traitement. — Dans les différents groupes de néphrites j'ai à peine indiqué le traitement suivi dans notre clinique, parce que, étant le même pour toutes, je me réservais d'en discuter les résultats d'un seul coup.

Chez presque tous nos petits malades (à l'exception des affections post-diphtériques et parfois des post-morbilleuses qui, à cause de leur peu de gravité, étaient abandonnées à elles-mêmes, et guérissaient toutes spontanément), à bref délai, nous avons suivi un traitement je dirai presque spécifique, à savoir l'organothérapie par le rénadène.

Cette substance est encore très peu employée et même inconnue de beaucoup de médecins.

Cependant pour peu que l'on considère les théories et les expériences sur lesquelles Brown-Séquart, Bernard et d'Arsonval ont basé d'une manière tout à fait rationnelle cette branche si importante de la thérapeutique moderne, on est convaincu qu'il s'agit ici d'un remède d'avenir dans la thérapeutique des néphrites, surtout chez les enfants. En effet, une fois établi que toutes les glandes, tous les tissus de notre organisme sont doués d'une activité sécrétoire intérieure spéciale dont le produit est non seulement utile, mais nécessaire au fonctionnement normal de l'économie, il est tout à fait naturel de penser que lorsque, par une altération de l'organe, cette sécrétion vient à faire défaut, nous pourrons suppléer en l'empruntant aux organes analogues des différentes espèces animales. Voici le principe sur lequel est appuyée l'organothérapie, qui, après tout, n'est pas une chose entièrement nouvelle, mais seulement une application rationnelle et scientifique d'une tentative faite par Gallien et mentionnée déjà par Pline.

Connaître le principe actif des différentes glandes, le séparer d'avec les substances inactives et peut-être dangereuses, voilà quelle a été la tâche des pharmacologues, après la découverte géniale de Bernard. A ce propos je dirai seulement que toutes les voies, tous les moyens ont été exagérés : injections d'extrait aqueux et glycérolés (Brown-Séquart, Murray), greffes hypoder-

miques de glandes (SCHIFF, ARSLEY), administration à l'intérieur de substance glandulaire fraîche et sèche, etc. Quelquefois on a des inconvénients, dont il est aisé de comprendre la cause. En effet, BROWN-SÉQUART et HENOCQUE avaient déjà remarqué les propriétés toxiques souvent très élevées de ces extraits, provenant peut-être de substances anormales qui se trouvent dans les organes eux-mêmes ; ajoutons à cela tous les phénomènes qui ont pu se présenter dans la préparation et ensuite pendant la conservation de ces substances, et alors nous pourrons nous former une idée au moins approximative des inconvénients qui peuveut se manifester à la suite de l'emploi de ces remèdes. Ces inconvénients ont été surtout rencontrés dans les glandules rénales qui ont été démontrées plus ou moins toxiques.

C'est la maison KNOLL de Ludwigshafer-sur-Rhin qui a le mérite d'avoir résolu la question, en nous procurant les principes actifs des différentes glandes et surtout des reins, avec une préparation par laquelle on a réussi à diminuer le mauvais goût, la mauvaise odeur, et, ce qui est plus important, la toxicité des extraits rénaux et leur facilité à se putréfier.

KNOLL a donné à cette substance le nom de la glande qui la fournit avec la terminaison *ène* (testadène, tiradène, rénadène, etc.). SAHLI, de Berne, et plus tard COMBE (1), qui ont expérimenté avec un soin scrupuleux beaucoup de ces substances nous en ont donné une relation extrêmement favorable.

Pour ce qui regarde la thérapeutique rénale, les expériences sont très restreintes, DIEULAFOY, DONOWEIN, BRADFORD, SCHIPEROVITCH et quelques autres se sont occupé de cette question, mais pas d'une manière concluante, parce que bien souvent il a manqué l'appui des recherches analytiques exactes et systématiques. C'est CONCETTI (2) qui le premier, en 1898, a publié une série d'observations avec toutes les analyses, et démontré que sous l'action du rénadène la quantité des urines et de l'urée augmentent rapidement tandis que l'albumine descend jusqu'à disparaître, comme aussi diminue la p. sp. et les substances réductives avec augmentations de l'az. uréique. L'action générale sur la température et sur les phénomènes urémiques est rapide et merveilleuse. Il croit que le rénadène agit en fournissant à l'organisme des substances propres à la réparation anatomique du rein malade, surtout en lui fournissant les substances qui lui manquent par le défaut de sécrétion interne du rein à qui on doit attribuer la plupart des phénomènes de l'urémie. Mais il ne croit pas que les bons résultats qui s'obtiennent dans la thérapeutique infantile pourront être étendus à la thérapeutique des adultes, ni aux formes

(1) COMBE. Contribution à l'étude de la pharmacologie et de l'organothérapie. *Revue méd. de la Suisse*. 1896.

(2) CONCETTI : L'Organoterapia nelle nefriti dell'Infanzia. *Atti della R. Accad. med. di Roma*. 1898.

chroniques avec destruction irréparable du parenchyme rénal.

Encouragés par de tels succès, nous avons voulu, chez nos petits malades, employer le même remède afin de pouvoir ainsi confirmer d'une manière exacte la valeur thérapeutique du médicament.

L'étude de chaque observation en particulier, et des tableaux respectifs nous montre bien l'efficacité du rénadène, soit dans la marche générale de la maladie, soit dans ses différents phénomènes.

Et d'abord nos enfants traités avec ce remède ont tous guéri complètement (à l'exception de la V° observation qui datait de 2 ans et est restée à l'état chronique ce qui du reste se comprend facilement); et pendant l'administration de cette substance nous n'avons remarqué aucun trouble qui puisse se rattacher d'une manière quelconque au remède: donc le rénadène *n'est pas nuisible.*

Le premier bienfait qui résulte de l'étude des divers tableaux est relative à la *diurèse*: il y a eu une augmentation parfois considérable et bien marquée, suivant l'emploi du remède: toutes les fois que le médicament est suspendu, les urines diminuent et *vice versa.* Ceci est prouvé d'une façon évidente dans l'observation VI°, où la quantité des urines est s'élevée jusqu'à 1.500 cc. par jour; le rénadène suspendu, la quantité des urines redescend immédiatement à 500 cc. Nous pouvons dire la même chose des autres cas; mais c'est surtout dans l'observation V que l'action diurétique du remède s'est montrée de la plus grande efficacité. Ici la maladie avait atteint son maximum de gravité: elle avait résisté à toute sorte de médicaments (voir l'observation); les symptômes étaient très sérieux avec des phénomènes d'urémie, avec anasarque, etc.; la quantité des urines variait de 400 à 500 cc. par jour. Dans ces conditions on commence à administrer 4 gr. de rénadène par jour. Après 8 à 10 jours l'amélioration se manifeste surtout du côté de la diurèse et ensuite se poursuit sans interruption jusqu'à la disparition complète des œdèmes. La maladie empire toutes les fois que le remède est suspendu.

Cependant si on a toujours eu une augmentation dans la diurèse, l'action du médicament n'a pas toujours été aussi rapide. Ainsi dans la néphrite post-morbilleuse, l'augmentation apparaît immédiatement après l'administration du remède, tandis que dans quelques-unes des formes post-eczémateuses et dans toutes les formes post-scarlatineuses, l'augmentation fut plus lente et elle commença seulement quelques jours plus tard. Ce retard s'explique facilement après ce que nous avons déjà dit, eu égard à la gravité plus intense et aux lésions anatomiques plus profondes, qui se rencontrent dans ce second groupe d'affections rénales. Par conséquent, nous devons conclure que le rénadène est, avant tout, éminemment diurétique, avec l'avantage qu'il

excite la fonction rénale, sans toutefois irriter l'organe, contrairement aux autres substances diurétiques connues.

Le poids spécifique aussi ressent l'action bienfaisante du remède, puisqu'il suit toujours les conditions de la *diurèse*, allant, bien entendu, en sens contraire. Quant à l'albumine, nous avons toujours eu, à la suite de l'administration du rénadène, une diminution graduelle et constante. Dans certains cas (observation VIII[e]), la diminution a été très évidente et très rapide tout de suite après les premières doses du remède ; et dans plurieurs cas (néphrites post-scarlatineuses) nous avons pu constater comment après chaque interruption du médicament il y avait augmentation de l'albumine, qui parfois a été je dirai presque indépendante de la quantité quotidienne des urines, de sorte que dans quelques tableaux nous voyons des traces d'albumine sans qu'il y ait en même temps augmentation de la diurèse. Pour ce qui regarde l'élimination de l'urée, sa quantité augmente suivant la marche de l'urine, ce que nous avons remarqué avec plus de rapidité dans les autres formes de néphrite que dans les post-scarlatineuses. En même temps que l'amélioration des qualités des urines au point de vue chimique, l'examen du sédiment a montré, sous l'influence du remède spécifique, une diminution graduelle allant jusqu'à la disparition complète des éléments anatomiques du sang et du rein.

L'amélioration de l'état général a été remarquable chez tous nos petits malades (disparition permanente des œdèmes, des vomissements, de l'assoupissement, de la céphalée, de l'anorexie, etc., etc.) et la torpeur, qui s'observe généralement chez les petits malades, disparaissait bien vite ; les enfants redevenaient alertes, et gais au point de paraître tout à fait guéris, malgré les quelques lésions rénales toujours persistantes. Tout cela s'est montré de la plus grande évidence dans l'observation V, cas où nous avons assisté à tous les symptômes des formes les plus graves de néphrite, avec urémie très intense au point de désespérer de la vie de l'enfant. Or, tous ces symptômes qui menaçaient à chaque instant le petit malade ont disparu petit à petit dès qu'on a commencé à donner le remède spécifique ; et ils ne se sont plus reproduits depuis, malgré la non-complète guérison, et la persistance de l'albumine à 1 0/00.

Conclusions

1° Toutes les néphrites aiguës dont j'ai donné la relation peuvent se grouper dans les deux catégories suivantes :

A Néphrites d'origine microbienne.

B Néphrites d'origine toxique.

2° A la première catégorie appartiennent les néphrites post-impétigineuses et post-scarlatineuses ; les néphrites post-diph-

tériques et post-morbilleuses font partie du second groupe.

3° Les néphrites post-impétigineuses ne sont pas dues à un agent infectieux spécifique : l'élément pathogène peut varier suivant la flore microbienne qui provoque l'éruption impétigineuse (staphylococcus, streptococcus, bacille pyocianique, etc., etc.). Au contraire, dans les néphrites post-scarlatineuses j'ai trouvé presque constamment un microbe unique et toujours le même (le streptocoque).

4° Les recherches bactériologiques dans les formes toxiques ont donné un résultat constamment négatif.

5° La pathogénie des néphrites post-impétigineuses vient de la septicémie ayant son point de départ dans les lésions de la peau ; dans les néphrites post-scarlatineuses le point de départ semble être le pharynx ou les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux). Les néphrites toxiques sont dues à l'action de la toxine spécifique (diphtérique, morbilleuse).

6° D'après nos recherches l'éruption cutanée de la scarlatine et de la rougeole serait sous la dépendance exclusive de l'agent toxique, spécifique.

7° Les néphrites microbiennes sont de préférence à localisation glomérulaire et par conséquent toujours plus graves que les néphrites toxiques, qui sont plus souvent et en prédominance tubulaires. Il y a des formes mixtes.

8° Le rénadène Knoll est tout à fait inoffensif ; il peut être administré dans le lait, dans la soupe, etc., à la dose de 2 à 4 gr. par jour. Il est le remède de choix, on pourrait dire vraiment spécifique, dans les néphrites de l'enfance.

THÉRAPEUTIQUE

LES LAVAGES DE L'ESTOMAC CHEZ LES NOURRISSONS ATTEINTS DES GASTRO-ENTÉRITES,

par le Dr Eugène SCHLESINGER de Strasbourg.

Au plus fort de l'été, les gastro-entérites des nourrissons se montrent quelquefois d'une manière effrayante, il est donc justifié de considérer les méthodes thérapeutiques les plus opportunes pour combattre ces affections. On peut classer ces méthodes, qui doivent se prêter leur concours naturellement l'une à l'autre, en trois catégories. La première et certainement aussi la plus importante, la méthode diététique, consiste dans une réduction considérable ou même en la privation complète de nourriture ; la seconde, le traitement médicamenteux, cède de plus en plus le pas à la thérapeutique diététique, et la troisième, le traitement méca-

nique ou physique, combat les gastro-entérites à l'aide de lavages : lavements de l'intestin et lavages de l'estomac. Pour le moment, je me borne à discuter les lavages de l'estomac chez les nourrissons atteints de gastro-entérite.

C'est le grand mérite d'Epstein de Prague d'avoir introduit, il y a 20 ans, les lavages de l'estomac de Kussmaul dans la pédiatrie et principalement dans la thérapeutique des gastro-entérites des nourrissons. Il se passa assez longtemps avant que la méthode pénétrât dans les hôpitaux d'enfants ; et naturellement bien plus longtemps avant qu'elle fût employée dans la clientèle privée d'une manière correspondant à son importance. Dans la pratique, ce procédé est limité aux cas de choléra infantile les plus graves. Mais l'indication est ainsi bien trop limitée.

Deux causes ont empêché sa propagation dans la pratique privée, c'est l'idée d'une technique difficile et la crainte de nuire au bébé par une méthode que l'on croit dangereuse. Ni l'une ni l'autre de ces suppositions ne se trouvent justifiées. Au contraire, un lavage d'estomac se fait plus facilement chez un nourrisson que chez l'adulte. Oui, en vérité, le bébé fait des efforts de vomissements et se débat; mais on peut vaincre facilement son opposition, et les efforts de vomissements ne durent pas si l'on introduit rapidement la sonde dans l'estomac.

En l'*introduisant par le nez*, l'excitation est encore diminuée au point que les bébés tètent tranquillement leur suçon pendant le lavage. Mais cette manière a des désavantages : on ne peut se servir que de sondes très minces qui s'obstruent facilement, et c'est pour cela que cette voie n'est pas beaucoup usitée.

Quelle est la meilleure *attitude du nourrisson* pendant le lavage ? Les avis varient. Epstein fait coucher l'enfant sur le dos. Heuber, Monti le posent sur les genoux de sa mère ou de l'infirmière, de telle façon que la tête soit un peu inclinée, la face un peu tournée vers le sol, de manière que l'enfant soit couché plus sur la poitrine que sur le dos. Ranke, Raginsky, au contraire, *asseyent* le bébé sur les genoux de la mère et le font maintenir ainsi par celle-ci : la main gauche tient le corps et les bras, la main droite fixe la tête du bébé autour du front et ensuite, l'introduction du tuyau finie, elle prend celui-ci, directement devant la bouche. C'est une position naturelle, adoptée pour l'inspection de la gorge par exemple, position que je préfère moi aussi. En cas de vomissement et surtout si l'eau regorge de l'estomac surchagé, le liquide s'écoule facilement de la bouche, et une aspiration n'en est guère possible.

L'*instrumentation* se compose d'un cathéter mou de Nélaton, environ le numéro 22 pour les bébés les plus jeunes, tandis que l'on emploie un véritable tube mou d'estomac d'un calibre un peu plus fort pour les nourrissons plus âgés. Le cathéter ou le

tube est joint par un petit tube de verre à un tuyau de caoutchouc d'un demi-mètre de longueur, et armé d'un entonnoir de verre contenant à peu près 100 cmc. Jamais le lavage n'est troublé par une dyspnée due à une pression du tuyau sur la paroi postérieure flexible du larynx.

Comme *liquide de lavage* on a appliqué auparavant et on applique même aujourd'hui tantôt des solutions chimiques, médicamenteuses, tantôt des liquides désinfectants et arrêtant la fermentation, selon que l'on a cru au désordre du chimisme de la digestion ou à l'infection bactérienne. Mais comme on ne peut appliquer que des solutions très atténuées, le succès sera toujours plus ou moins incertain à cet égard ; *de l'eau pure chauffée* à la température du corps restera toujours le plus simple et, en tout cas, le plus inoffensif de tous les liquides à employer. Le but principal qui est d'enlever les ingesta nocifs est parfaitement atteint.

Avant l'introduction du tuyau, celui-ci est mouillé au liquide du lavage, pas à l'huile. L'index gauche pressant la langue, les doigts de la main droite introduisent le tuyau par de petits mouvements, sans souci de la résistance du bébé ou des efforts de vomissements, dans la gorge, d'où il descend aisément dans l'estomac. La crainte d'entrer dans le larynx au lieu d'arriver dans l'œsophage n'est pas fondée du tout. On connaît bien la difficulté d'arriver dans le larynx d'un bébé, en faisant le tubage, par exemple. Souvent, en introduisant le tuyau, un arrêt de la respiration a lieu par les efforts de vomissements ; mais bientôt l'enfant respire fortement, commence à crier, et ce spasme de la glotte est fini.

Il faut que l'on introduise le tuyau de 25 cm. à peu près chez les bébés les plus jeunes, un peu plus, 30-35, chez les nourrissons les plus âgés. Ordinairement, du moment qu'il est arrivé dans l'estomac, le liquide en sort, par une contration réflexe des parois de l'estomac, et est visible dans le tube de verre. Mais quelquefois ceci n'a lieu qu'après l'injection de l'eau, par l'effet du siphon — La *quantité du liquide à verser à la fois* doit être adaptée à la capacité de l'estomac du nourrisson, ce sont 50-70 cmc. chez les plus jeunes bébés et jusqu'à 100-150 chez les plus âgés. Que l'on n'emploie pas trop peu de liquide pour une injection ; sans cela, il pourra se faire que l'eau revienne toute claire, jusqu'à ce que soudain des restes de nourriture ou des mucosités se montrent de nouveau, sortant d'un pli de l'estomac non déplié jusque-là, et non de matières duodénales venues dans l'estomac par une action antipéristaltique.

La *hauteur de pression* à laquelle le liquide coule lentement et continuellement dans l'estomac, est souvent atteinte déjà à 50 cm., mais quelquefois, si les enfants crient et s'agitent fortement, il faut élever l'entonnoir à 1 mètre à peu près pour vaincre la pression augmentée de l'abdomen. Du reste, le lavage se fait chez le bébé tout à fait comme chez l'adulte. Après l'injection

de l'eau, on abaisse l'entonnoir et on fait écouler le liquide, maintenant confondu avec les restes d'aliments et le mucus, et on répète cette opération jusqu'à ce que l'eau revienne toute claire et pure, 3-5 fois ou encore plus. Ordinairement on ne regagne pas tout le liquide versé ; mais peu importe, si l'on ne s'est servi que d'eau pure. L'état de légère fatigue qui suit quelquefois le lavage, cède à un bon sommeil, ce qui favorise naturellement la méthode.

Les syncopes ou d'autres accidents de ce genre ne me sont jamais arrivés. Le *seul accident* imprévu qui puisse se produire, c'est que l'enfant vomisse pendant le lavage, mais non par le tuyau. Si cela se produit et persiste, il ne reste qu'à discontinuer le lavage à dessein et se contenter d'un demi-effet du lavage.

Quel est l'*effet d'un lavage* bien fait dans un cas de choléra nostras, par exemple, ou d'une gastro-entérite? D'abord les ingesta nuisibles, les restes pernicieux d'aliments fermentescibles, les produits toxiques de ceux-ci résultant soit d'une suralimentation, soit d'une nourriture de qualité peu convenable, soit d'une infection bactérienne, tout cela sera enlevé, plus rapidement, plus radicalement, plus rationnellement que par un vomitif. Il faut avoir vu une fois ces matières grises on brunes, répandant une odeur aigre ou nauséeuse, mêlées à du mucus épais ou associées comme des membranes, et l'on comprendra, combien cette production exagérée de mucus, ce reste fermentescible de nourriture pourra empêcher la digestion normale du lait.

Les irritations dues à la fermentation seront écartées, et en effet on réussit souvent, très souvent même, par un seul lavage à *mettre fin tout de suite aux vomissements* violents qui affaiblissent vite l'enfant et qui sont pénibles, même pour les parents. Des auteurs prétendent avoir réussi par un lavage fait de très bonne heure *à couper même la diarrhée.* Mais ordinairement on n'arrive au lavage de l'estomac que quand la fermentation s'est déjà étendue à la matière intestinale, et sur cela, sur l'état pathologique de l'intestin, le lavage de l'estomac n'exerce pas d'influence, au moins pas d'influence directe, mais sans doute une influence indirecte, aisée à comprendre. Les intestins se calmeront bien plutôt quand ils ne seront plus obligés de recevoir des substances irritantes puisque indigestibles.

Par le nettoyage de la membrane muqueuse de l'estomac, les glandes, les épithélium de l'estomac seront stimulés à une action normale, et ainsi *des conditions favorables seront créées pour une digestion normale* de nourriture offerte maintenant en quantité et qualité opportunes. Il faut que l'on insiste sur ce point. Le lavage tout seul ne réussit pas. Outre cela, il faut que l'on ne donne — au moins pendant quelque temps — au nourrisson, qu'un minimun de lait, soit du lait de femme ou de vache.

On peut se servir du lavage de l'estomac chez les nourrissons

aussi pour le *diagnostic*. Dans le vomissement habituel des bébés on trouve un séjour prolongé du lait dans l'estomac, en certaines circonstances une insuffisance motrice de l'estomac. Dans des cas subaigus, de gastro-entérite, quelquefois on peut constater le manque d'acide chlorhydrique libre ; dans des cas graves, on voit parfois, sous le microscope, du pus, des micro-organismes, des cocci, des levures, du muguet en grands amas.

Indications. — Le procédé n'est ni nuisible, ni dangereux, la technique n'est pas difficile, l'effet est presque toujours certain et prompt, tout cela devait donc engager à étendre les limites de l'indication, et déterminer les médecins qui se décident si difficilement au lavage de l'estomac d'un bébé, à en profiter plus tôt et plus souvent. Il est vrai que dans les familles on n'aime pas commencer tout de suite avec le lavage de l'estomac pour une dyspepsie simple, malgré que, même ici, les restes retirés de nourriture nous montrent souvent combien le procédé était indiqué. Mais, d'autre part, on ne doit pas hésiter trop longtemps, surtout dans un choléra nostras, une gastro-entérite, où le vomissement est violent dès le début, où il affaiblit rapidement l'enfant. Justement ici un lavage fait de bonne heure peut être suivi d'un effet vraiment salutaire. Quant à moi, je *considère le lavage comme indiqué dans des cas même moins graves, quand le vomissement ne cesse pas promptement*, malgré des prescriptions opportunes, quand il persiste malgré une diminution considérable de la quantité et de la qualité de la nourriture, en un mot *malgré une thérapeutique avec laquelle on est accoutumé à voir des succès.*

Il n'existe qu'une *contre-indication,* c'est quand il y a collapsus ; il faut craindre d'augmenter ce collapsus en procédant même avec le plus de précaution. — Il y a encore d'*autres indications* pour le lavage de l'estomac des bébés que la gastro-entérite; ainsi le vomissement chronique et habituel du lait dans un trouble grave, ainsi les empoisonnements médicamenteux. EPSTEIN le recommande contre les dyspepsies des bébés les plus jeunes dues au liquide amniotique abondamment avalé.

Je finis en discutant en quelques mots les *résultats* que j'ai obtenus par le lavage de l'estomac chez les nourrissons, combiné à la thérapeutique diététique, comme je l'ai dit plus haut. Les cas ainsi traités de dyspepsie je n'en parle pas, parce qu'ils donnent toujours des résultats excellents. Je me restreins aux cas de gastro-entérite et de choléra nostras. Dans la moitié de ces cas au moins, le vomissement a cessé tout de suite, quelquefois c'était un changement éclatant, le vomissement ayant déjà persisté pendant plusieurs jours ; les diarrhées aussi cessaient bientôt, au bout de quelques jours le malade était guéri. Dans un autre tiers une amélioration considérable fut notée ; l'enfant vomissait encore une ou deux fois ; quelquefois ce n'était que le deuxième lavage qui mettait fin aux vomissements. Puis la convalescence du nour-

rison ne tardait plus. Mais, hélas! dans quelques cas, c'étaient des cas de choléra traînant en longueur, le lavage échoua ainsi que tous les autres moyens de traitement et les médicaments ; et la mort de l'enfant ne fut pas conjurée. C'est pourquoi je dois mettre en garde contre la confiance exagérée dans la méthode, surtout dans des cas qui traînent en longueur. Mais ce n'est pas par cet avertissement que je veux finir ; au contraire, que ce soit une recommandation urgente du lavage, surtout dans des cas de gastro-entérite moins graves.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Disparition temporaire de l'ichtyose cornée sous l'influence de la compression (1). — M. Hallopeau a présenté à la Société de dermatologie et syphiligraphie un cas d'ichtyose, dans lequel les concrétions noirâtres, caractéristiques de cette affection, au lieu de former, comme c'est habituel, une épaisse couche sur toute l'étendue des membres, faisaient défaut au niveau du point comprimé par les jarretières ; cette bande de peau saine tranchait curieusement sur les épaisses concrétions ichtyosiques qui déformaient au-dessus et au-dessous les genoux et les jambes.

On fut ainsi amené à l'idée de traiter une partie étendue des membres inférieurs par la compression au moyen d'une bande roulée, et cette pression, modérée mais persistante, suffit à faire disparaître sur une assez grande surface l'accumulation des concrétions cornées. La guérison ne fut toutefois que temporaire, car les lésions reparurent dès qu'on cessa la compression.

Lichen scrofulosorum. — MM. Hudelo et Herenschmidt. — Un enfant âgé de 12 ans, fils d'un père tuberculeux, atteint lui-même de coxalgie gauche et d'adénite tuberculeuse cervicale, présente depuis trois mois, sur le tronc et la racine des membres, une éruption de placards circulaires ou policycliques, formés par l'agglomération de toutes petites papules dures, sèches, siégeant au niveau des orifices pilo-sébacés. Ces placards, plus rouges au début, ont aujourd'hui une coloration brunâtre, indiquant un commencement de régression.

La topographie de l'éruption, sa nature papuleuse miliaire, le siège des papules au niveau des orifices pilo-sébacés, l'absence de cicatrices sur les placards, tous ces caractères joints aux antécédents du malade permettent d'affirmer le diagnostic de lichen

(1) Séance du 4 juillet 1901.

scrofulosorum. Il restera à déterminer si la lésion primitive est une manifestation directe et locale du bacille de Koch, comme quelques faits récents tendraient à l'établir, ou bien, comme le soutient M. HALLOPEAU, une toxi-tuberculide.

Hérédo-syphilis. — MM. FOURNIER et CROUZON présentent une malade hérédo-syphilitique, qui offre des ulcères gommeux de jambe, des stigmates oculaires et des malformations génitales consistant en rétrécissements du vagin et atrophie utérine. La malformation génitale est vraisemblablement congénitale et peut être considérée comme un stigmate dystrophique d'hérédo-syphilis.

Ophtalmoplégie congénitale. — M. LAGRANGE (de Bordeaux) rapporte ce cas remarquable par la coexistence d'une paralysie complète et concomitante du droit externe et du facial supérieur de chaque côté. L'étude des réactions électriques a montré qu'il s'agit d'une lésion centrale en ce qui concerne la paralysie faciale et que les muscles droits ont été atteints en même temps et de la même façon que le facial.

Ce fait apporte une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion de M. DUVAL, qui considère le facial supérieur comme provenant du même noyau que le moteur oculaire externe, opinion constatée depuis par beaucoup d'auteurs.

Sur l'emploi des rayons Rœntgen pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — M. BONNET présente des conclusions basées sur plus de 600 observations personnelles La plupart des cas observés, de 1897 à ce jour, ont été, au préalable, soumis à l'auscultation de plusieurs confrères. Par l'emploi unique de l'écran fluorescent, les diagnostics ont été confirmés 98 fois sur cent et très fréquemment précisés même au début de la maladie.

Cette méthode très sûre et très rapide est donc à recommander surtout lorsqu'il s'agit d'examiner un grand nombre de sujets à la fois, dans un milieu bruyant comme celui des dispensaires, des conseils de revision, etc.

Le Dr BONNET décrit en outre un procédé nouveau permettant le diagnostic facile et à peu près général de la *période pré-tuberculeuse.*

Dans cette période l'examen à l'écran, la radiographie, l'auscultation, les moyens habituels et le microscope ne peuvent déceler ni la moindre opacité, ni la plus petite modification du murmure vésiculaire, ni le bacille.

On trouve un moyen de diagnostic dans l'étude attentive par la radioscopie, du fonctionnement du diaphragme et des muscles inspirateurs. Si l'on examine un sujet en état de bonne santé apparente ou simplement atteint d'affaiblissement, d'un état dyspeptique ou neurasthénique par exemple, il faut suivre les mouvements de la cage thoracique, le degré d'éclairement des poumons

et principalement le jeu du diaphragme pendant les deux temps de la respiration.

Trouve-t-on des anomalies dans ce fonctionnement, dans le synchronisme et l'étendue du déplacement des deux parties diaphragmatiques, dans leur ascension ou leur descente, dans leur courbure, on peut, en l'absence de tout autre signe, porter le plus souvent le diagnostic de prédisposition tuberculeuse ou de début de la tuberculose, à moins que l'on ne découvre une cause évidente à ces anomalies.

En dehors d'une cause étrangère, il s'agit presque toujours de pleurésies diaphragmatiques méconnues, d'altérations bacillaires imperceptibles du tissu pulmonaire ou de parésie provoquée par la toxine issue de tubercules disséminés.

Un grand nombre de personnes en bonne santé apparente, examinées de 1897 à 1900, et ayant présenté uniquement les anomalies en question, sans qu'on ait pu les attribuer à une cause évidente, ont été revues portant, quelques mois ou quelques années plus tard, des opacités et des signes manifestes de tuberculose, soit du côté correspondant au trouble fonctionnel, soit des deux côtés.

Le Dr Williams, de Boston, a signalé l'abaissement amoindri du diaphragme correspondant au côté d'une lésion pneumonique ou tuberculeuse, sans signaler la valeur des autres anomalies et en décrivant cet abaissement diminué comme contemporain de l'altération déjà visible du poumon.

Un schéma de ces anomalies est exposé au Musée du Congrès sur le plan du dispensaire de Montmartre, présenté par M. le professeur Landouzy.

Les mêmes troubles fonctionnels sont nettement visibles dans la tuberculose avancée et fournissent des indications précieuses pour le pronostic. Des malades porteurs de lésions restreintes, mais n'ayant qu'une respiration insuffisante, sont victimes d'une marche rapide de la maladie, tandis que d'autres malades avec des lésions étendues jouissent d'une santé relativement florissante, lorsque le fonctionnement du diaphragme est à peu près normal. Ces cas bien différents s'observent fréquemment.

M. Bonnet en conclut au point de vue diagnostique que l'on doit procéder à un examen radioscopique de tous les sujets exposés à la tuberculose par hérédité, alcoolisme, contagion ou milieu — et, au point de vue thérapeutique, — qu'il faut prescrire l'exercice méthodique du diaphragme et des muscles inspirateurs par une gymnastique respiratoire appropriée aux données de l'examen radioscopique.

L'expérience a déjà prouvé l'importance de ces conclusions.

Fréquence et valeur de l'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique dans la tuberculose miliaire des enfants et dans la méningite tuberculeuse. — MM. Haushalter et Fruhinshol. — Sur 78 autopsies

de tuberculose miliaire chez des enfants de moins de 12 ans, 74 fois (soit 95 fois p. 100), la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques a été rencontrée ; 67 fois il s'agissait de méningites tuberculeuses, sur lesquelles 64 fois l'adénopathie existait.

Cette adénopathie a toujours les caractères d'une tuberculose ancienne, d'une tuberculose caséeuse ; dans 29 cas elle coïncidait avec des lésions tuberculeuses anciennes du poumon, généralement localisées ; dans 44 cas elle réalisait la seule lésion tuberculeuse ancienne.

Dans la presque unanimité des cas donc, l'origine de l'infection bacillaire, qui aboutit chez les enfants à la granulie et à la méningite, réside dans la caséification des ganglions trachéo-bronchiques. La fréquence de cette lésion est une preuve de l'importance de la contagion aérienne de la tuberculose chez l'enfant.

Comment cette adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, plus développée, plus profonde dans la tuberculose miliaire que dans n'importe quelle autre forme de tuberculose, aboutit-elle à l'infection bacillaire sanguine qui est considérée comme presque l'unique cause de la granulie et de la méningite ? Malgré les rapports étroits des vaisseaux de la base du cœur avec le paquet des ganglions caséeux du médiastin, rapports que montrent les planches que nous présentons au Congrès, nous n'avons pu déceler de lésions macroscopiques ou microscopiques des parois de ces vaisseaux, pouvant expliquer le passage direct des bacilles des ganglions dans le sang.

L'infection bacillaire sanguine se fait sans doute par l'intermédiaire du système lymphatique : pendant le très bref trajet effectué par les leucocytes bacillifères depuis les ganglions caséeux du médiastin jusqu'au torrent circulatoire, en passant par les lymphatiques efférents et une courte partie du canal thoracique ou de la grande veine lymphatique, la destruction des bacilles n'a peut-être pas le temps de s'opérer.

Même dans bien des cas où la méningite existe pure, sans granulie généralisée, et où on serait peut-être tenté, en raison de ce fait, de chercher l'origine de l'infection, non dans la voie sanguine, mais dans la voie lymphatique, il est probable qu'il existe une infection bacillaire générale dont les manifestations sur les autres organes ne sont pas appréciables à l'œil nu, ou sont, comme nous avons pu le constater plusieurs fois, extrêmement discrètes.

L'hérédo-dystrophie para-tuberculeuse. — M. Mosny. — La clinique et l'expérimentation démontrent que les phtisiques ne transmettent pas à leurs rejetons le bacille de la tuberculose, au moment de la conception (hérédité typique conceptionnelle), et que les cas très rares de tuberculose congénitale sont dus à la contamination intra-utérine du fœtus par la mère tuberculeuse.

De plus, l'observation clinique prouve que les phtisiques ne transmettent à leurs rejetons ni une prédisposition spécifique à la contamination bacillaire, ni une immunité notable à l'égard de ses atteintes (hérédité atypique spécifique).

Mais on n'en saurait conclure que la tuberculose des parents n'exerce aucune influence sur la santé des rejetons.

En effet, la clinique et l'expérimentation s'accordent à démontrer que la tuberculose des parents exerce sur la fécondité et sur le produit de la conception une action semblable à celle qu'exercent la plupart des intoxications chroniques comme l'alcoolisme, le saturnisme, ou les infections à évolution lente et prolongée comme la syphilis (hérédité atypique indifférente). Ce sont les conséquences précoces ou tardives de la tuberculose des parents sur l'avenir de leurs descendants qu'il convient de grouper sous la dénomination d'hérédo-dystrophie para-tuberculeuse.

Leur fréquence atteste la gravité sociale de la tuberculose qui ne compromet pas seulement l'existence de l'individu qu'elle frappe, mais qui engage l'avenir parce qu'elle marque irrévocablement sa descendance de tares indélébiles.

La tuberculose peut influencer la conception même en frappant de stérilité les sujets qui en sont atteints. Elle peut aussi exercer sur le produit de la conception dès son origine ou pendant le cours de la grossesse une influence générale ou localisée d'une façon plus précise sur l'un des organes de l'embryon ou du fœtus.

Les manifestations généralisées de l'hérédo-dystrophie para-tuberculeuse se révèlent à toutes les étapes de l'existence. A la conception ou pendant le cours de la grossesse par la stérilité, la mort du fœtus, l'avortement, la naissance avant terme lorsque la grossesse arrive à son terme normal, par la morti-natalité, la débilité du rejeton qui s'élève mal, dépérit et meurt prématurément sans cause appréciable, ou bien survit chétif, mal ou incomplètement développé (infantilisme, juvénilisme, nanisme), prêt à toutes les déchéances, exposé sans défense à toutes les contaminations. D'autres fois l'influence de la tuberculose des parents sur la santé de leurs rejetons se précise et se révèle sous les formes multiples des malformations les plus variées, conséquences d'arrêts ou de perversions du développement normal.

Parmi ces manifestations localisées de l'hérédo-dystrophie para-tuberculeuse se montrent avec une fréquence toute particulière les hypoplasies angio-hématiques ; le rétrécissement mitral par le rétrécissement de l'artère pulmonaire, le rétrécissement généralisé des artères (aplasie artérielle), la chlorose.

Les manifestations généralisées ou localisées de l'hérédo-dystrophie para-tuberculeuse et les troubles fonctionnels qui parfois en dépendent, se révèlent dès la naissance ou seulement plus tardivement, à l'occasion d'une des grandes étapes de la croissance : sevrage, dentition, puberté.

La tuberculose du père ou celle de la mère, mais surtout cette dernière, est la cause déterminante de ces tares dystrophiques congénitales.

La tuberculose des parents ne prédispose pas plus l'organisme des rejetons à la contamination bacillaire qu'elle ne l'immunise contre ses atteintes. Mais les rejetons des phtisiques, organiquement et fonctionnellement imparfaits, débiles dès la naissance, plus éprouvés que d'autres par les échéances de la croissance, semblent être prédisposés à l'infection bacillaire, parce que les risques de contagion sont multipliés à l'infini par le contact immédiat et incessant des parents contaminés et parce que leur organisme débilité offre moins de résistance à l'infection qui en est la conséquence.

Vœux adoptés par le Congrès de Londres. — 1°) *Le crachat de tuberculeux* est le principal agent de dissémination de la tuberculose, et le fait de cracher partout doit être supprimé.

2°) Tous les hôpitaux et dispensaires devraient donner à chaque malade phtisique des instructions relatives à la prophylaxie de la tuberculose et leur fournir pour leur propre usage un crachoir de poche.

3°) *La déclaration volontaire* des cas de phtisie avec expectoration et les résultats qui en découlent au point de vue de la prophylaxie ayant eu de bons effets, l'*extension de cette déclaration devrait être encouragée*, dans tous les districts où une administration sanitaire suffisante permet d'appliquer des mesures efficaces.

4°) L'*extension des sanatoria* est un des moyens indispensables dans la lutte contre la tuberculose.

5°) *D'après l'opinion du Congrès, éclairé par les travaux qui lui ont été présentés, les médecins sanitaires devront user de toute leur influence, sans relâcher leurs efforts, pour prévenir la propagation de la tuberculose par le lait et la viande des animaux tuberculeux.*

6°) Etant donnés les *doutes élevés sur l'identité de la tuberculose humaine et bovine*, il est urgent de s'adresser au gouvernement pour instituer une enquête immédiate sur cette question qui est d'importance vitale pour la santé publique et a de grandes conséquences pour l'industrie agricole.

7°) Le travail d'éducation dû aux grandes sociétés nationales pour la lutte contre la tuberculose doit être encouragé et aidé; c'est par leur moyen qu'on pourra *former l'opinion publique*, faciliter la tâche des médecins et faire voter une législation d'ensemble sur la question.

8°) Un *Comité international permanent* devra être établi : *a*) pour rassembler les mesures adoptées pour la lutte contre la tuberculose dans les divers pays ; *b*) pour publier ces mesures en vue de

l'éducation populaire; c) pour réunir et publier périodiquement un recueil des recherches scientifiques sur la tuberculose ; d) pour examiner et recommander les mesures de prophylaxie.

Les grandes sociétés nationales et internationales ayant pour but la lutte contre la tuberculose seront invitées à opérer de concert.

9°) Le surpeuplement, le manque d'aération, les poussières et toutes les causes d'insalubrité dans les logements ouvriers diminuent les chances de guérison de la tuberculose et prédisposent à la contagion et en diffusent les agents.

10°) Au prochain Congrès de la tuberculose, on devra étudier l'influence de la prédisposition constitutionnelle à la tuberculose, et les moyens qui peuvent la modifier.

11°) *Tout en reconnaissant l'extrême importance des sanatoria* pour la lutte de la tuberculose dans tous les pays, l'attention du gouvernement devra informer les philanthropes et les sociétés de charité de la nécessité de créer des *dispensaires pour tuberculeux*, ce qui constitue le meilleur moyen d'arrêter l'extension de la tuberculose dans les classes ouvrières et indigentes.

Méningisme hystérique guéri par la ponction lombaire. — MM. Méry et Courcoux présentent à la Société médicale des hôpitaux (1) une malade qui a eu à deux reprises des crises de méningisme hystérique. Elle avait antérieurement été soignée pour des accidents péritonéaux considérés comme de nature tuberculeuse. Elle a été ensuite opérée pour une appendicite : péritoine et appendice ont été trouvés sains. Il semble bien que toutes ces manifestations aient été de nature purement hystérique.

Pendant les crises de méningisme, la ponction lombaire montra l'absence de toute réaction inflammatoire des méninges et arrêta d'une façon instantanée les accidents du méningisme. Comment la ponction lombaire a-t-elle agi ? On ne peut faire que des hypothèses: est-ce par la soustraction d'une petite quantité de liquide céphalorachidien ?

Paralysie faciale congénitale du côté droit. Agénésie de la portion périphérique du nerf facial avec agénésie des diverses parties constitutives de l'oreille du même côté. Atrophie du noyau du facial — (2). MM. Marfan et Armand Delille ont observé, en janvier dernier, une fillette de trois mois et demi, atteinte de paralysie faciale droite, totale, et présentant du même côté une malformation du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe.

Les muscles de la face du côté droit ne réagissaient ni à l'électricité faradique, ni à l'électricité galvanique.

L'accouchement s'étant fait au huitième mois, mais facilement, sans application de forceps, le diagnostic porté a été celui de paralysie faciale par arrêt de développement du nerf.

(1) et (2) 26 juillet 1901.

L'enfant étant morte d'athrepsie quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'autopsie a montré une agénésie partielle de toutes les parties constitutives de l'oreille. Le nerf facial existait au sortir du bulbe jusqu'à sa pénétration dans le rocher.

Le noyau de ce nerf, sur les coupes de la protubérance, est considérablement atrophié, tandis que le noyau correspondant du côté gauche est normal.

Un cas de névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance, suivie d'autopsie. — MM. Déjerine et Thomas ont présenté à la Société de neurologie (1) la moelle et les nerfs d'un sujet atteint de névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance. Ce qui frappe le plus, c'est le développement considérable des nerfs de la queue de cheval ; ils sont lisses ; les racines dorsales et cervicales sont également hypertrophiées, mais à un plus faible degré. L'examen histologique n'a pas encore été fait.

Sur la conservation des fonctions des membres dans l'amyotrophie du type Charcot-Marie. — M. Georges Guillain (2) attire l'attention sur l'évolution très lente de l'amyotrophie du type Charcot-Marie, et sur la conservation relative, pour les usages de la vie, des mouvements des membres atrophiés et déformés. Dans les autres maladies, créant des atrophies semblables (syringomyélie, sclérose latérale amyotrophique) avec des lésions en apparence identiques, l'impotence fonctionnelle est de beaucoup plus accusée. L'intégrité des muscles du segment rhizomélique a évidemment une influence sur la facilité relative des recouvrements du segment ectromélique. L'amyotrophie Charcot-Marie apparaît un type morbide nettement individualisé par ses lésions et ses apparences cliniques.

Œdème de la main et du bras gauches chez une hystérique (3). — MM. Raymond et Cestan présentent une malade de quatorze ans, nerveuse, qui vit apparaître sur son bras gauche un œdème progressif, d'abord bleu, puis devenu blanc, hyperesthésique au début, puis anesthésique, superposé à une contracture très prononcée de la main ; puis des phlyctènes se développèrent. Dans ces conditions, le diagnostic resta longtemps en suspens, on crut même qu'une amputation devrait être faite ; il s'agissait, en somme, d'un œdème hystérique. L'électricité et la suggestion à l'état de veille améliorèrent rapidement la malade.

Gros reins blancs chez un enfant de 12 ans. — M. Haushalter a montré à la Société de médecine de Nancy les reins d'un garçon de 12 ans atteint d'une vieille coxalgie avec fistule, et mort d'une affection aiguë intercurrente. Ces reins présentent, à un degré extrême, les altérations du gros rein blanc ; chacun d'eux a un poids de

(1) (2) et (3) 9 juin 1901.

280 grammes, alors que le rein normal d'un enfant à cet âge est de 60 à 80 grammes environ et celui de l'adulte de 140 grammes.

De la vaccination anti-tuberculeuse intra-utérine.— M. E. MAGNANT, de Gondrecourt, s'appuyant sur de nombreux documents recueillis dans une pratique de plus de trente-cinq années, tend à démontrer que l'enfant conçu et mis au monde par une mère tuberculeuse est réfractaire à la phtisie dans tout le cours de sa vie, même jusque dans sa descendance.

Il considère que c'est là une loi naturelle qu'il appelle loi d'immunité, véritable sauvegarde qu'emploierait la nature pour mettre obstacle à la destruction de l'humanité qu'une maladie aussi redoutable et aussi disséminée que la tuberculose serait capable de mettre en péril.

Il ajoute qui si ses prévisions venaient à se confirmer et à entrer dans le domaine de la réalité, les conclusions qu'il faudrait en tirer seraient des plus importantes.

Le fatalisme de l'hérédité se trouverait ainsi condamné et les faits auxquels il sert d'explication rentreraient dans le domaine de la contagion, tout au moins en ce qui concerne la tuberculose.

La sérothérapie antituberculeuse, application artificielle et scientifique de la vaccination intra-utérine, puiserait dans cette immunisation de l'enfant par la mère, les arguments les plus sérieux et les indications les plus propres à encourager la continuation des essais déjà tentés dans cet ordre d'idées.

CHIRURGIE INFANTILE

Torticolis congénital (1). — M. DUPLANT a présenté à la Société nationale de médecine de Lyon un malade entré dans le service de M. LÉPINE le 26 juin 1901, pour bronchite bacillaire.

Ce malade présente une déviation de la tête et du cou due à une lésion congénitale du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit. De ce côté, en effet, les deux chefs du muscle ont subi une dégénérescence fibreuse qui les a transformés en véritable corde tendineuse.

La pathogénie de cette malformation congénitale n'est pas encore bien élucidée. MALGAIGNE incriminait une position anormale de la tête dans l'utérus ; SAINT-GERMAIN des lésions du muscle dans les tentatives d'extraction ; KIRMISSON, une véritable myosite. M. DELORE a donné, il y a longtemps, la raison de certaines de ces rétractions : elles sont dues à des déchirures du sterno-mastoïdien, au cours de la parturition, particulièrement dans les accouchements par le siège.

Un cas de hernie lombaire (2). — MM. CASTAING et PHILIPPE présentent à la Société anatomo-clinique de Toulouse des photogra-

(1) Séance du 8 juillet 1901.
(2) Séance du 5 juin 1901.

phies faites avant et après l'opération d'un enfant de quatre mois atteint de hernie lombaire congénitale. La tumeur atteignait pendant les efforts la grosseur d'une tête d'enfant.

Un appareil de contention spécialement fabriqué n'avait donné aucun résultat. Un vaste hiatus livrant passage à l'intestin grêle et à une portion du côlon, quelquefois au rein, avait désorganisé la région, de sorte qu'il est impossible de savoir si la hernie s'est produite au niveau du triangle de J.-L. Petit ou de Grinfeld.

La cure radicale opérée par le D[r] Jeannel a donné un résultat des plus satisfaisants.

Pied-bot talus. — M. Mériel présente à la même Société une fillette atteinte d'un pied-bot talus pur du pied gauche et d'un varus équin du côté droit. Le pied-bot varus équin étant très commun, M. Mériel insiste sur le pied-bot talus pur, c'est-à-dire sans varus, que présente sa malade. Cette infirmité paraît ici d'origine congénitale : elle ne succède, en effet, ni à une paralysie infantile ni à un traumatisme quelconque. A l'examen, l'enfant présentait surtout la raideur en corde au niveau du jambier antérieur. Le tendon d'Achille, au contraire, était très flasque. M. Mériel, après avoir fait la ténotomie du jambier antérieur, a pratiqué la mise à nu du tendon d'Achille, l'a reséqué sur une longueur de 0^{m}03 et a suturé les deux extrémités. La plaie a été ensuite réunie et le pied maintenu en équinisme par une bottine plâtrée.

Actuellement, il y a plutôt de l'équinisme, mais un équinisme mobile en quelque sorte, facilement corrigible.

Paralysie obstétricale due à une inflexion de la voûte acromio-claviculaire et à une fracture de la tête du radius. — M. Frœlich présente à la Société de médecine de Nancy (1) un enfant de 6 mois dont le bras gauche dut être extrait manuellement au moment de l'accouchement. Celui-ci s'était effectué par le sommet.

L'enfant eut une paralysie complète du bras, les doigts seuls remuent.

Au moment où le sujet lui fut présenté, le bras était plus court de 2 centimètres et moins gros de 1 centimètre et demi que celui du côté opposé. Ce bras est allongé en extension forcée le long du corps ; il existe de l'intertrigo dans l'aisselle ; l'abduction du membre est impossible et provoque, quand on l'essaie, les cris de l'enfant. Le coude ne peut être fléchi et est douloureux. La main est fléchie sur l'avant-bras, mais peut être facilement portée dans l'extension ; le pouce est plié dans la paume de la main.

M. Frœlich pensa à un décollement épiphysaire.

L'examen radioscopique pratiqué par M. Guilloz ne confirma pas cette hypothèse et montra qu'il y avait eu une fracture par inflexion au niveau de la voûte acromio-claviculaire qui, dans sa

(1) Séance du 20 juin 1901.

totalité, s'était infléchie vers en haut en faisant, avec l'épine de l'omoplate d'une part et avec la partie moyenne de la clavicule d'autre part, un angle ouvert en haut. Mais de plus il existait au coude une fracture de la tête du radius au niveau du col. Cette tête radiale s'était infléchie en dedans à angle doit et croisait l'apophyse coronoïde du cubitus.

L'examen électrique montre que tous les muscles sont encore vivants, mais diminués dans leur excitabilité ; celle-ci est presque nulle dans les radiaux.

Le traitement institué par M. Frœlich a consisté dans la flexion forcée du coude et la mobilisation de l'épaule. Après trois semaines de massage et de mobilisation, les mouvements de l'épaule et du coude se sont rétablis ; mais ils sont encore paresseux. Quant à la paralysie des radiaux, elle ne semble pas avoir rétrocédé. M. Frœlich pense, si cet état persiste, essayer ultérieurement de la guérir par une greffe tendineuse.

L'auteur fait remarquer que les paralysies obstétricales du membre supérieur sont généralement dues ou au moins attribuées soit à des pressions du forceps sur le bas du cou au niveau du plexus brachial, soit à des tiraillements et à des arrachements des racines du même plexus par des tractions sur les bras. Ces paralysies guérissent très souvent. M. Frœlich pense qu'un assez grand nombre d'entre elles sont attribuables à des décollements épiphysaires de la tête de l'humérus ou à des fractures dans le genre de celles qu'il vient d'observer ; mais leur diagnostic exact n'est possible que grâce à la radiographie.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX.

Traitement de l'ecthyma. — M. Sabouraud, dans les formes congestives de l'ecthyma, pour faire tomber les croûtes et régulariser la circulation locale, conseille les solutions suivantes :

℞ Eau bouillie camphrée à saturation et filtrée	1 litre
Safran	0 gr. 40
Sulfate de zinc	7 gram.
Sulfate de cuivre	2 —

En quelques jours, les lésions épidermiques se sèchent, et on protégera l'épiderme nouveau avec une pommade du type suivant :

℞ Oxyde de zinc	1 gr.
Calomel	0 gr. 20
Vaseline	20 gr.

La durée de la guérison est de 10 à 12 jours.

Aux doigts, il faudra abraser aux ciseaux des lambeaux épidermiques de la phlyctène ecthymateuse avec des ciseaux fins posés à plat sur la peau. Une fois le petit ulcère épidermique mis à nu, on le déterge avec un petit tampon imbibé de solution de nitrate d'argent au 1/20.

Dans certaines formes ulcéreuses torpides et dans lesquelles le bourgeonnement cicatriciel tarde à se faire, on détergera avec de l'eau bouillie tiède ou un antiseptique léger comme une solution d'oxycyanure d'hydrargire au 1/5000, en projetant un jet assez fort avec une seringue.

On saupoudre ensuite avec de la poudre de sous-carbonate de fer, on recouvre de coton hydrophile et on laisse le pansement en place pendant vingt-quatre heures.

Quand la cicatrisation est aux trois quarts effectuée, on applique des emplâtres occlusifs aseptiques à l'oxyde de zinc, à l'huile de foie de morue. On peut, de même, recouvrir au pinceau la cicatrice en voie de se faire par une couche de vernis antiseptique, tel que le baume du commandeur.

Traitement de la trichophytie cutanée par le monochlorophénol. — M. Barbe, depuis quelque temps, emploie dans la tricophytie cutanée la solution de monochlorophénol qu'il a préconisée contre les tondantes. Il l'a essayée plutôt pour bien s'assurer du pouvoir antiseptique de ce corps sur la spore trichophytique que pour supplanter le traitement classique de l'herpès circiné par la teinture d'iode, qui a fait ses preuves.

La solution de monochlorophénol à 200/0, appliquée une fois par jour pendant quelques jours, amène aussi la guérison de toute plaque tricophytique, mais sans aucune desquamation, sans cette coloration brune intense que produit la teinture d'iode.

Le monochlorophénol agit donc en qualité de microbicide ; et s'il ne donne pas des résultats aussi rapides dans les tondantes, c'est à cause de la difficulté que l'on éprouve à le faire pénétrer dans le follicule pileux. Peut-être avec de nouveaux appareils propulseurs d'antiseptiques (**ipsileurs**), pourra-t-on obtenir cette force de pénétration tant désirée.

Emulsion d'huile de ricin pour les très jeunes enfants. — E. Périer.

℞	Huile de ricin.	} ãã 4 5 grammes
	Eau de menthe poivrée.	}
	Eau commune	10 grammes.
	Jaune d'œuf.	n° 1.
	F. S. A. une émulsion.	

A donner à jeun en une fois à un enfant d'un an environ.

Bronchite aiguë des jeunes enfants. — (Marfan).

℞	Infusion de racines d'ipéca à 0,20 cgr. p.	100 gr.
	Sirop de capillaire.	20 gr.
	Eau de laurier-cerise.	1 gr.
	Benzoate de soude.	0,30 cgr.

A prendre par cuillerées à dessert, autant de cuillerées que l'enfant a de trimestres au-dessous de 2 ans. On peut ajouter 0, 50 cgr. d'antipyrine à cette potion, si la fièvre est intense.

BIBLIOGRAPHIE

De la graduation des tétées dans l'allaitement artificiel par le lait stérilisé, par Mme JULIA CHADZINSKA, née MIEZINSKA. Paris, 1901. — La thèse dont nous regrettons de ne pouvoir donner que les conclusions intéressera certainement nos lecteurs, qui comme nous veulent voir se généraliser l'allaitement naturel.

1° L'allaitement au sein *maternel* est le mode d'alimentation le mieux approprié à l'état de développement et au fonctionnement du tube digestif à la naissance et pendant les premiers mois de la vie.

2° L'étude de l'allaitement artificiel en est un complément indispensable. Comme elle tend à supprimer l'industrie nourricière, elle facilite l'application intégrale du principe : le lait de la mère appartient à son enfant.

3° Dans les cas où l'allaitement maternel est impraticable, l'allaitement artificiel par le lait stérilisé dans des conditions normales offre des garanties suffisantes au pointde vue de la qualité de l'aliment, même pour les enfants au-dessous du poids normal, enfants atrophiques, à condition :

4° De fixer les quantités que doit prendre l'enfant pour éviter la suralimentation ainsi que l'inanition, toutes deux également dangereuses.

5° C'est sur les quantités prises par l'enfant au sein, ses échanges nutritifs, ainsi que sur sa capacité stomacale que sont basées les méthodes de graduation des tétées.

6° Seule, l'expérience clinique décide de leur valeur ; mais ses données ne sont aussi que relatives, ne se laissant pas appliquer à tous les cas, vu les différences qui peuvent exister entre les enfants d'un même âge, différences de poids, de pouvoir digestif, du mode de l'assimilation et autres plus ou moins connues.

7° D'où nécessité de surveiller de très près l'allaitement artificiel. L'enfant doit être pesé et inspecté par le médecin au moins une fois par semaine. A ce point de vue l'importance des consultations pour nourrissons est énorme ; elles sont de vraies écoles des mères, dont les soins dévoués sont d'une valeur inappréciable pour la prospérité de l'enfant ; en même temps elles deviennent des centres d'étude de l'allaitement en général, de l'allaitement artificiel en particulier, lequel est grandement facilité par l'emploi d'un lait homogène.

8° Utilité des biberons gradués. E. PÉRIER.

Embryogénie humaine du soi-disant muscle dilatateur de la pupille. W.-M. DE VRIES. (*Nederlandsch Tiydschr. v. Geneeskunde*, T. I, analysé par SCHOUTE, dans les *Arch. d ophtalmol.*, août 1901.)

GRUNERT avait montré, à l'aide d'un procédé spécial de dépig-

mentation des préparations histologiques, que l'une des deux couches de cellules épithéliales qui recouvrent le corps ciliaire ne se prolonge pas sur la surface postérieure de l'iris. Cette surface possède, au-dessous d'une seule couche d'épithélium proprement dit, une série de cellules analogues à des fibres musculaires lisses, ou organiques, série radiaire, qui pourrait représenter un muscle dilatateur de la pupille.

Or, DE VRIES conclut, d'après ses recherches sur des yeux de fœtus humains, de nouveau-nés et de tout jeunes enfants, que les cellules radiaires en question proviennent d'une modification de la deuxième couche épithéliale, que GRUNERT affirmait disparaître : l'épithélium se transforme en éléments musculo-épithéliaux comme l'on en trouve chez les animaux inférieurs, et peut-être aussi dans les glandes sudoripares chez l'homme. Cette métamorphose cellulaire commence, suivant DE VRIES, dans l'œil des nouveau-nés, par la base de l'iris, s'avançant jusqu'au sphincter, mais n'atteignant pas le bord pupillaire. Les cellules montrent graduellement des limites moins précises, et leurs noyaux, arrondis d'abord, deviennent de plus en plus ovalaires et bacilliformes. En même temps, le protoplasma devient strié, ce qui donne son aspect particulier à la couche dite *membrane de Bruch :* ainsi, la couche épithéliale se trouve transformée en couche musculo-organique.

Quelques remarques sur l'œil du nourrisson. — W.-M. DE VRIES. (*Nederlandsch Tiydschr. v. Geneeskunde*, t. I, anal. par SCHOUTE, dans les *Arch. d'ophtalmol.*, août 1901.)

D'après l'examen des yeux de 112 nouveau-nés et nourrissons, DE VRIES relate, entre autres, les détails suivants : La chambre antérieure est peu profonde. La dilatation de la pupille que l'on peut obtenir par les mydriatiques n'est que médiocre. Dans 37 cas l'ophtalmoscope montra une légère excavation, dite physiologique, de la papille optique, et dans 7 cas cette excavation était plus ou moins forte. Quant à la réfraction, à part quelques cas, elle était toujours hypermétropique (maximum, 6 dioptries).

On a attribué, à l'axe antéro-postérieur de l'œil du nourrisson, une longueur égale à environ deux tiers de celle reconnue normale chez l'adulte (22 millim.) : or, puisque le rayon de courbure de la cornée est, chez le nourrisson, le même ou à peine plus court, que chez l'adulte (DE VRIES a exécuté les mesures à l'aide de l'ophtalmomètre Javal-Kagenaar), il s'en suit que l'œil du nouveau-né devrait présenter une hypermétropie bien plus forte que la réelle, et évaluable à 25 dioptries environ. La compensation, ramenant l'œil du nourrisson à une hypermétropie modérée, ou même à l'emmétropie, se trouve dans la forte courbure du cristallin et dans la courte distance qui le sépare de la cornée (peu de profondeur de la chambre antérieure). Le cristallin, presque sphé-

rique dans l'embryon humain, et s'aplatissant de plus en plus (surtout en ce qui concerne la surface antérieure) chez le fœtus et pendant les premiers temps de la vie extra-utérine, ne fait que résumer dans l'ontogénie, comme tous les autres organes, les phases de l'évolution philogénique.

A. ANTONELLI.

I moderni bisogni della beneficenza baliatica (*Les besoins modernes de la bienfaisance nourricière*), par le Dr A. VALDAMERI. — Dans une Conférence faite par l'auteur à la Société royale italienne d'hygiène, il passe en revue : le lait, le lait stérilisé et humanisé de Gartner, l'alimentation de l'enfant pauvre, l'hygiène du lait, la stérilisation industrielle, la distribution du lait, et conclut à l'utilité d'installer à Milan une distribution de lait stérilisé, comme il en existe dans différentes villes de France. Il voudrait que la commune s'intéressât à cette œuvre qui permettrait de distribuer du bon lait soit stérilisé, soit humanisé suivant les cas, gratuitement ou demi-gratuitement.

La sezione pediatrica nella clinica medica di Genova (*La section de pédiatrie à la clinique médicale de Gênes*), par le Dr ROCCO JEMMA. (Brochure de 66 pages, Gênes, 1901.) — Le Dr JEMMA, chargé de la section infantile de la clinique du professeur MARAGLIANO, publie le compte rendu de l'année 1900. Il a soigné dans les salles 54 malades, et à la consultation externe 339, avec l'assistance du Dr ZANONI. Le Dr JEMMA a su rendre son travail très intéressant en rapportant de nombreuses observations de maladies de toutes sortes observées, et bien observées, à la clinique.

IX Jahresbericht über die Thätigkeit des neuen Kinderkrankenhauses zu Leipzig (*Neuvième compte rendu annuel sur le fonctionnement du nouvel hôpital d'enfants de Leipzig*), par SOLTMANN. Leipzig, 1901. — Ce compte rendu donne une statistique très complète des différentes sections de l'hôpital d'enfants de Leipzig. La partie médicale est sous la direction du professeur SOLTMANN, et la partie chirurgicale sous celle du Dr TILLMANS. A chacune de ces sections est adjointe une policlinique très active.

Dans la section du Dr SOLTMANN ont été soignés 1701 enfants, dont 431 nourrissons; dans la section chirurgicale, on a hospitalisé 471 enfants, et soigné 3391 à la policlinique. Ce nouvel hôpital d'enfants rend de très grands services à la population pauvre de Leipzig.

REVUE DES SPÉCIALITÉS

LE SIROP DE DELABARRE ET LES ACCIDENTS DE DENTITION

La dentition, sans être une maladie, constitue pour l'enfant en bas âge une véritable époque critique, et il est rare de la voir parcourir son évolution sans provoquer quelque symptôme morbide. Aussi s'explique-t-on les protestations qui accueillirent en juillet 1892, à l'Académie de médecine, le vœu émis par Magitot, que les maladies dites « de dentition » fussent rayées du cadre de la nosologie. Tous les cliniciens et à leur tête Hardy et Peter vinrent déclarer que tout travail de dentition s'accompagne d'un trouble de la santé de l'enfant, qu'il se traduit par des phénomènes réflexes tantôt du côté des organes respiratoires, tantôt du côté des organes digestifs ou du système nerveux. « Pour moi, tout enfant qui fait des dents est un malade, » ajouta M. Pamard.

Ces accidents sont locaux ou généraux. Les premiers se traduisent par la turgescence et la douleur des gencives, des aphtes, de la stomatite, etc. Les accidents généraux : diarrhées, convulsions, affections des voies respiratoires, etc., ne sont que le retentissement de ce travail local sur l'économie, que « les conséquences variées d'un principe unique, l'état des mâchoires en travail », comme l'a dit très justement le Dr Delabarre, un des premiers médecins qui se soient consacrés à la pratique de l'art dentaire. Il invoquait l'influence de l'irritation gingivale du *prurit de dentition*, qu'éprouve l'enfant pendant l'évolution dentaire.

Il reprochait aux médecins de son époque de se borner à combattre les accidents au lieu de s'attaquer à la cause première : l'irritation de la gencive, cause de tous les accidents.

C'est sous l'empire de ces idées qu'il a obtenu, après de multiples essais, le sirop qui porte son nom. Le *sirop de Delabarre* est un composé de miel, de safran et de tamarin ; il est calmant et anesthésique par l'extrait de safran, légèrement laxatif par le tamarin.

La plupart des médecins ont constaté par eux-mêmes l'efficacité du sirop de Delabarre, et sa supériorité sur la pratique si barbare et si nuisible de l'incision de la gencive (Magitot), sur l'introduction de hochets en ivoire, de racines de guimauve ou de réglisse qui sont loin d'être aseptiques, sur l'usage de substances mucilagineuses ou émollientes telles que miel, figues, etc., qui ramollissent et relâchent outre mesure le tissu des gencives. Quelques frictions avec le doigt humecté de sirop suffisent pour calmer l'enfant. Comme ce sirop, à condition qu'on ne tombe pas sur une contrefaçon, est absolument inoffensif, il n'y a aucun inconvénient à l'employer plusieurs fois par jour et dès que se produit la moindre exacerbation des souffrances.

Dr Teissier.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

LE RACHITISME A LA FIN DU XVIII[e] SIÈCLE ET DE NOS JOURS.

par le D[r] ALBAREL (de Névian).

Le rachitisme a de tout temps vivement intéressé les médecins. En 1897, nous avons fait de cette maladie l'objet de notre thèse inaugurale, et depuis lors nous avons continué à nous occuper de la question. Il nous a paru instructif de comparer les idées qu'on avait sur cette maladie à la fin du XVIII[e] siècle, avec les idées que nous en avons de nos jours. Etude très profitable, qui montre mêlés aux erreurs des anciens auteurs, une observation parfaite des symptômes et des aperçus excellents. On se rend compte en outre, en lisant les vieux livres, que les auteurs contemporains y ont largement puisé, pour édifier des théories réputées nouvelles. Le mémoire de PUJOL, terminé en 1792, et renfermant les diverses manières de voir de l'époque au sujet du rachitisme, nous a servi pour établir notre comparaison.

Avant de commencer l'étude de la maladie, l'auteur dit quelques mots sur les os qu'il distingue en os durs ou longs et en os mous ou courts; et sur l'ossification que HALLER, venait de faire connaître. A ce sujet, il n'est pas de l'avis de DUHAMEL et FOUGEROUX qui donnaient, avec raison, au périoste la propriété de fabriquer de l'os. Enfin, il parle du phosphate de chaux, récemment découvert en 1769 par GAHN, chimiste de Stockholm. Il reconnaît, à ce propos, que dans le rachitisme il n'y a pas seulement manque de sel calcaire, mais autre chose qui donne naissance à l'hypertrophie des épiphyses et aux courbures osseuses.

Après cette étude préliminaire, PUJOL passe à l'étude de la maladie qui nous intéresse. La description est complète; il n'oublie aucun des divers symptômes et donne en même temps beaucoup de détails. Rien d'étonnant à ce que la symptomatologie soit bien faite, car GLISSON, à qui nous devons le premier traité sur le rachitisme, en donna une description à laquelle on a peu ajouté depuis.

Après avoir parlé du rachitisme fœtal, l'auteur s'appesantit sur

la dentition et, à ce sujet, fait de bonnes réflexions. Buchner prétendait que le rachitisme était causé par la dentition ; Pujol réfute les idées de cet auteur et ajoute : « Ce retardement et « cette pousse de la dentition est, si je ne me trompe, un effet du « vice auquel est dû le rachitisme et ne saurait en être la cause. » Il décrit ensuite le gros développement de la tête par rapport au corps, l'hypertrophie considérable des épiphyses, le gonflement de l'abdomen et enfin les courbures des divers os.

Voilà les symptômes ; la maladie débute par le grossissement de la tête, suivi de l'hypertrophie des épiphyses, du gonflement du ventre et des courbures osseuses. Jusque-là tout est parfait ; mais, dans le chapitre suivant, le rachitisme est confondu avec le mal de Pott, et Pujol s'évertue à prouver qu'il n'y a là qu'une seule et même maladie. Cette confusion l'amène à admettre de nouveaux symptômes étrangers au rachitisme, les affections internes de poitrine, la voracité, la fièvre lente et le marasme. Il confond l'atonie musculaire des rachitiques avec les paralysies du mal de Pott ; donne une très bonne description de cette dernière maladie, et, continuant son erreur jusqu'au bout, il termine en disant que la suppuration tuberculeuse des os n'est que la dernière période du rachitisme.

En résumé, en dehors de cette confusion regrettable, tous les symptômes sont bien décrits. Il nous reste à examiner, chose plus intéressante pour nous, comment Pujol comprenait la pathogénie de la maladie.

Il réfute d'abord plusieurs théories qui avaient cours ; celle de Boot, qui faisait de l'altération du foie la cause du rachitisme ; celle de Glisson, qui attribuait la maladie à la compression de la moelle ; celle de Heister, qui en trouvait la cause dans l'engorgement du mésentère ; celle de Harris, qui l'attribuait à un infarctus général de tous les viscères. Il discute ensuite la théorie de l'acide qui a eu des partisans jusqu'à nos jours. Après les expériences de Rhuych qui décalcifia des os en les faisant macérer dans du vinaigre, certains auteurs prétendirent (Zéviani, Van Swieten, Haller) que les os étaient décalcifiés par un acide en dissolution dans le sang. Après avoir réfuté cette théorie, il parle plus longuement de celle de Boerhave dont les partisans étaient nombreux. Suivant le médecin anglais, le rachitisme était produit par le relâchement universel des solides et la viscosité muqueuse des liquides ; « à quoi il ajoutait, par simple soupçon et avec « timidité, quelque reste caché de virus vénérien mal éteint ». Si cette théorie était vraie, il faudrait qu'un enfant atteint d'un état quelconque de cacochymie devînt rachitique, ce qui n'arrive pas. Pujol dit, avec raison, que, l'état de cacochymie, au lieu d'être la cause, n'est que l'effet.

A la suite de Van Swieten et de Cullen, il reconnaît que le rachitisme n'est pas la vérole, mais que, dans certains cas, la vérole

peut donner naissance au rachitisme. Après toutes ces discussions, et après avoir vu qu'aucune théorie ne peut le contenter, l'auteur arrive à cette conclusion : « Il est incontestable que le « rachitisme est une maladie *sui generis* et spécifiquement diffé« rente de toutes les autres ; par conséquent, il doit y avoir un « principe propre et qui n'appartienne qu'à elle. » Montrant alors l'analogie du rachitisme avec les autres maladies, il tâche de prouver que c'est une maladie avec crises et métastases, et il appelle son principe spécifiqne « virus rachitique ».

Ce virus spécifique quel est-il?

1°) Un acide qui déplace l'acide phosphorique des os et lui enlève la chaux?

2o) Une base qui forme avec l'acide phosphorique un autre sel ?

3o) Une matière subtile et stupéfiante qui empêche la formation de l'acide phosphorique et de la chaux ?

« Il y a toute apparence que ces questions et bien d'autres « qu'on pourrait faire à ce sujet, resteront longtemps sans ré« ponse. »

Comment agit ce virus? « C'est à la gelée animale et au phos« phate calcaire que s'en prend d'abord le virus rachitique. Il « atténue, il dissout, il rend boueuse et muqueuse la première « de ces matières, qui est si nécessaire pour la parfaite cristallisa« tion osseuse, et, par là, lui ôte toute sa concrescibilité. En même « temps il fait que la seconde ne se forme point dans la masse « humorale, et que les os, à la réparation desquels elle est indis« pensable, non seulement n'en reçoivent pas le contingent néces« saire, mais encore qu'ils perdent insensiblement de celle qui y « était déjà déposée, et qui est retranchée par les attritus « non interrompus de la vie et par l'absorption continue des lym« phatiques. »

Voilà, expliqués par le virus, les symptômes primordiaux du rachitisme ; quant à l'amaigrissement, l'anémie, l'atonie générale des rachitiques, il faut en rapporter la cause à « l'état du cerveau, « qui dans cette affection attire à soi toutes les attentions « du principe vital, et pour le grand développement duquel il « faut que tout le reste de l'économie animale soit à peu près « délaissé. »

Pujol consacre ensuite un chapitre à montrer l'identité du virus scrofuleux et du virus rachitique, ce qui l'amène à dire que le rachitisme est héréditaire. Plus loin il veut essayer de démontrer que les virus syphilitique, goutteux, scorbutique, galeux, varioleux, rubéoleux, ulcéreux peuvent se transformer en virus rachitique. Nous ne le suivrons pas dans ce développement, ce qui serait fastidieux ; nous nous contenterons de faire remarquer qu'il dit de bonnes choses au sujet du virus syphilitique. Il différencie très nettement la syphilis du rachitisme, montre que la syphilis

peut prédisposer au rachitisme, mais n'en est pas toujours la cause.

Au sujet du scorbut, on se demande si Pujol n'aurait pas eu connaissance de la maladie de Barlow, regardée par les uns comme du rachitisme aigu, par les autres comme du scorbut infantile. « Le virus scorbutique, dit-il, affecte très volontiers le « mode rachitique ; et, vu la grande analogie qui règne entre les « deux maladies, la scorbutique et la rachitique, je suis très porté « à croire que ce ne sont là que deux phases de la même affec- « tion, et à regarder en quelque sorte le rachitis, comme le scor- « but des enfants du premier âge. »

En dehors du virus, il reste à étudier les causes prédisposantes ou prolégomènes « qui préparent de loin les voies à la maladie » ; et les causes occasionnelles ou procathartiques qui « déterminent le développement virulent de la maladie ».

La première des causes prédisposantes est la faiblesse constitutionnelle de l'enfant, provenant soit par héritage, soit pour l'avoir contractée pendant la grossesse. Beaucoup de causes peuvent prédisposer les enfants. « Un lait trop jeune, trop séreux, « trop peu restaurant, le défaut de mouvements et un trop long « séjour dans le berceau, l'abus des fruits, du pain de seigle qui « s'aigrit facilement, des farineux non fermentés, dont la visco- « sité dépasse le pouvoir des forces digestives. »

L'auteur avait remarqué que les enfants gras devenaient souvent rachitiques : aussi met-il la surabondance des graisses au nombre des causes prédisposantes. Il ne se rendait pas compte que ces enfants gras commencent d'ordinaire à manger très jeunes, se portent bien pendant un certain temps, et arrivent finalement à contracter une gastro-entérite, cause du rachitisme.

Une autre cause invoquée à juste raison est le séjour habituel dans des appartements bas et humides, ou dans un pays froid et marécageux. « Les exhalaisons cutanées et pulmonaires languis- « sent, les absorbants boivent à longs traits les humidités atmos- « phériques, avec tous les miasmes nuisibles dont elles sont « habituellement chargées. »

Après avoir parlé des vers qui, d'après lui, peuvent causer le rachitisme, Pujol combat les idées de Camerarius, qui mettait la diète laiteuse au nombre des causes prédisposantes, et dit à ce sujet des choses paraissant écrites d'aujourd'hui : « Je conçois « très bien que le lait de vache ou de chèvre donné à de nouveau- « nés en place du lait de femme, ainsi qu'on l'a pratiqué dans « certains hôpitaux, peut communiquer de pareilles dispositions. « Mais ces espèces de lait ne me semblent nuire à ces enfants que « parce qu'ils sont trop forts et trop nourrissants, et qu'ils ont, « à l'égard de ces tendres sujets, le même inconvénient qu'on « reproche aux aliments solides, dont l'usage leur est trop tôt

« accordé : une nourriture non digérée ne saurait être restau-
« rante. »

Sans être tout à fait de l'avis de BUCHNER, PUJOL admet la dentition comme cause occasionnelle du rachitisme. « Pendant cette « opération longue et pénible de la nature, le genre nerveux des « enfants est partout dans l'éréthisme et dans le trouble ; il sur- « vient des mouvements fébriles et irréguliers, les diarrhées tor- « mineuses et spasmodiques, et, en un mot, toute sortes de désor- « dres dans le détail des fonctions animales, ce qui porte néces- « sairement atteinte à la digestion des aliments et à l'ouvrage « important de la nutrition. » Si, au lieu d'attribuer tous ces symptômes à la dentition, il les avait attribués à la gastro-entérite, il aurait été dans le vrai.

Les affections des poumons, les fièvres éruptives peuvent jouer le rôle de causes occasionnelles. Enfin, confondant le rachitisme avec la tuberculose des os, PUJOL met au nombre des causes occasionnelles les fractures accidentelles, les grandes chutes et les coups dont les os sont contus.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développements qu'il donne sur le traitement. La confusion du rachitisme avec le mal de Pott lui fait commettre beaucoup d'erreurs. Il faut cependant retenir ses conseils d'hygiène, qu'on recommande beaucoup aujourd'hui : « On doit préférer, pour les rachitiques, l'air des mon- « tagnes à celui des plaines humides ; l'air de la campagne à celui « de la ville dont l'atmosphère est plus ou moins souillée par des « émanations putrides, et enfin les appartements hauts aux appar- « tements bas, où l'air se renouvelle difficilement, où il est chargé « de vapeurs humides, et dans lesquels on voit les familles pau- « vres s'accumuler, et s'entasser pour ainsi dire, ce qui rend « l'air qu'on y respire malsain et quelquefois malin et conta- « gieux. »

Nous venons de voir ce qu'on pensait sur le rachitisme à la fin du XVIIIe siècle. Quel fruit retirerons-nous de cette étude ? Nous nous occuperons surtout des idées relatives à la pathogénie, car la description des symptômes dans un traité contemporain n'est pas plus nette que dans le mémoire analysé. Nous verrons que presque la totalité des théories émises de nos jours s'y trouvent en germe. Les théories sont nombreuses ; nous pouvons les résumer dans le tableau suivant :

I. Théories de la décalcification	Apport insuffisant de chaux ; assimilation insuffisante de la chaux ; désassimilation de la chaux.

II. Théorie syphilitique.
III. Théorie nerveuse.
IV. Théorie microbienne.
V. Théorie de l'auto-intoxication.

Théories de la décalcification. — Qu'on se reporte à la citation faite plus haut, et on verra que l'apport insuffisant de chaux est un des principaux effets du virus rachitique. L'assimilation insuffisante de la chaux a été aussi mise en avant. « La nourriture « fatigue le tube digestif qui ne peut en extraire le suc nourricier; « la pâte alimentaire fermente et fait aigrir le lait: de là mauvaise « digestion et non absorption du sel calcaire. » Enfin, en dernier lieu, on a vu plus haut que la théorie de l'acide a été exposée et discutée tout au long par Pujol.

Théorie syphilitique. — Boerhave avait déjà accusé la syphilis de produire le rachitisme, Pujol discute cette théorie et donne des arguments qu'on reprendra plus tard, lorsqu'on voudra combattre les idées de Parrot. En somme, cette théorie qui paraît de date relativement récente, a été émise depuis fort longtemps.

Théorie nerveuse. — De nos jours Pommer et Tedeschi ont rajeuni cette théorie aussi vieille que la première description du rachitisme, puisque Glisson en 1650 mettait cette maladie sur le compte de la compression de la moelle. Pujol est lui-même partisan de la théorie nerveuse, puisque, d'après lui, le principal facteur du rachitisme est le grand développement du cerveau. « La nature, occupée de l'organisation de ce viscère, néglige les « autres parties, dont l'accroissement est d'ailleurs subordonné à « l'action du cerveau et qui ne reçoivent de lui que de faibles « irradiations. »

Théorie microbienne. — Il est certain que Pujol ne pouvait imaginer une pareille théorie. Cependant nous devons remarquer la grande analogie existant entre le microbe spécifique et le virus du rachitisme. Comment certains auteurs ont-ils été amenés à croire à l'existence d'un microbe du rachitisme ? C'est en voyant les diverses théories émises ne pas expliquer la totalité des symptômes de la maladie. Pujol agit de même, après avoir bien étudié tout ce qui avait été dit avant lui, il termine comme j'ai déjà cité : « Il doit y avoir un principe propre et qui n'appartienne « qu'au rachitisme. »

Théorie de l'auto-intoxication. — D'après cette théorie, il se produit dans l'organisme, à la suite de gastro-entérite, des toxines allant influencer le tissu osseux et entraver son développement, ce qui détermine le gonflement des épiphyses par l'inflammation causée, et les courbures par les troubles de nutrition. Pujol n'emploie pas le mot de toxines, mais parle des fermentations qui se produisent dans le tube digestif des rachitiques, dont les selles sont souvent abondantes et d'odeur très mauvaise.

En résumé, malgré les erreurs, nous devons remarquer combien était profonde l'observation de l'auteur. On n'a rien changé à ce qu'il a dit sur la dentition et sur l'allaitement maternel ; on a repris ses arguments contre la théorie de Parrot. Nous avons vu

que beaucoup de théories contemporaines se trouvent exposées en partie dans son mémoire. Ceci nous prouve que nous devons tenir compte des observations des anciens auteurs, et ne pas rejeter de propos délibéré ce qui a été écrit avant nous.

UN CAS DE MALADIE DE FRIEDREICH.

par TOMASCHEW.

Les maladies nerveuses de l'âge infantile présentent un grand intérêt, tant au point de vue théorique que pratique. Personne ne contestera pourtant que les maladies nerveuses des enfants sont habituellement décrites d'une façon incomplète, et pour certaines même, toutes spéciales à l'enfance (la maladie de Little ou rigidité congénitale, par exemple), que non seulement elles ne constituent point le sujet d'une description particulière dans les manuels des maladies de l'enfance, mais s'y trouvent souvent même totalement omises.

Au nombre de ces maladies dont la symptomatologie est trop brièvement exposée, ou n'est mentionnée que dans un nombre restreint de manuels de médecine infantile, il faut compter la maladie de Friedreich, maladie particulière à l'enfance et n'apparaissant qu'à titre de rare exception après l'âge de 16 à 18 ans.

L'affection spéciale publiée par Friedreich en 1863 à Heidelberg, et caractérisée par l'ataxie des mouvements, porte diverses dénominations. Les plus usuelles sont : maladie de Friedreich, *tabes dorsalis* de Friedreich, ataxie héréditaire et ataxie de Friedreich, — Friedreich ayant eu le mérite de la décrire pour la première fois.

Presque jusqu'en ces derniers temps, la plupart des auteurs, ainsi que Friedreich lui-même, considéraient cette maladie comme une affection exclusivement héréditaire ; il n'y a relativement que peu de temps qu'on commença à décrire des cas isolés, sporadiques, de cette maladie, sans pouvoir indiquer des données relatives à l'hérédité. A l'heure qu'il est, on commence à signaler des observations très précises faisant ressortir que le facteur hérédité ne constitue point, comme on le croyait, une condition *sine qua non* dans l'étiologie de la maladie de Friedreich ; il en résulte que le terme « héréditaire » ne constitue plus un signe distinctif de la maladie (1).

En raison de la rareté relative de cette affection et du peu de cas publics dans la presse médicale russe, je crois que la communication d'un cas que j'ai observé il y a deux mois ne manque pas d'intérêt. L'observation de ce cas est encore essentiellement intéressante par l'absence apparente de facteurs héréditaires,

(1) Nothnagel. Specielle Pathologie u. Therapie, x Band, 602-3.

considérés pourtant comme les éléments étiologiques principaux et constants dans cette affection.

Observ. : Egor Ch..., âgé de 13 ans, est le fils d'un cordonnier. Le père et la mère sont bien portants ; ils nient avoir eu la syphilis. Le père fait parfois des abus d'alcool. Ils ont eu onze enfants dont six restent vivants. Trois sont morts à l'âge d'un an, de diarrhée aiguë ; l'un est mort à l'âge de deux ans de fièvre de cause inconnue ; un autre à sept ans, d'une fièvre éruptive. Outre notre petit malade, tous les enfants qui restent en vie se portent bien.

Dans les familles des grands-parents et arrière-grands-parents maternels et paternels on n'a pas à signaler de maladies nerveuses graves.

Le petit malade a été nourri au sein, par sa mère, pendant un an. Les premières dents ont percé à l'âge de 7 mois. Il commença à marcher en entrant dans sa 2e année. A partir de sa naissance jusqu'à l'âge de 5 ans, il n'a jamais été sérieusement malade, sauf quelques légers troubles gastriques. A l'âge de 5 ans, après une grippe il fut atteint d'une myringite avec perforation consécutive de la membrane du tympan et otorrhée ; à ce moment on ne constata aucun phénomène méningé.

A l'âge de 8 ans, sans cause apparente et sans que le malade se plaignît, les parents remarquèrent que la démarche devenait moins assurée, oscillante par moment. Parfois il arrivait à l'enfant de trébucher et de tomber. Les troubles de la marche augmentaient progressivement. A l'âge de 10 ans, l'enfant se plaignait souvent de douleurs dans les talons pendant la marche. Vers cette même époque on nota que la démarche était devenue nettement instable. Vers l'âge de 11 ans, par suite de douleurs intolérables et incessantes dans les talons, l'enfant se mit à marcher sur la pointe des pieds. On remarqua en même temps que le petit malade ne pouvait pas rester assis sur un tabouret sans, immédiatement, se balancer de droite et de gauche, tandis que, assis sur une chaise et appuyé contre le dossier de cette dernière, il gardait une attitude stable et assurée. Pendant les deux années suivantes son ataxie continuait à augmenter progressivement, de sorte qu'au moment de son entrée à l'hôpital, il ne pouvait plus faire sans aide qu'à peine 15 à 20 pas en se dirigeant droit devant lui, car pour tourner il était obligé de chercher un appui.

A l'examen du malade, on fait les constatations suivantes : l'état de la nutrition générale est médiocre, les téguments sont pâles, le tissu adipeux sous-cutané et sous-musculaire peu abondant. Rien d'anormal à noter du côté des organes internes. L'enfant présente des troubles évidents de la motilité. La démarche est lente, prudente, à pas irréguliers, frappant le sol lourdement, par moments ; le petit malade marche tout le temps en contrôlant ses mouvements par la vue ; néanmoins il lui est impossible

d'avancer, et à tout moment il s'écarte à droite et à gauche de la ligne droite. La démarche du petit malade rappelle un peu celle d'un tabétique. L'ataxie statique est nettement prononcée ; que le malade soit assis ou debout, son corps est immédiatement agité de balancement et d'oscillations. Le pied et la main sont en extension, ainsi que la tête offrant les mêmes mouvements, il est absolument impossible au petit malade de se tenir debout lorsqu'il a les yeux fermés; il tombe tout de suite. On constate en même temps que, tout en ayant les yeux fermés, l'enfant détermine bien la situation et les mouvements passifs de ses membres : c'est ainsi que le malade peut avec sa jambe décrire un cercle en l'air, toucher avec son talon un point déterminé.

L'ataxie est faiblement prononcée dans les extrémités supérieures et ne se révèle que lors des petits mouvements voulus, tels que écrire, boutonner ses vêtements, etc...

Pour avoir plus de stabilité lors de la station assise, le petit malade se tient toujours un peu courbé ; de même que pour pouvoir contrôler ses mouvements par les yeux, il prend une attitude déterminée : aussi note-t-on chez lui de la cyphoscoliose assez prononcée; parmi les autres troubles des mouvements, il existe chez notre petit malade de l'ataxie prononcée des muscles de l'œil (nystagmus). L'examen ophtalmoscopique ne révèle qu'un léger degré d'hyperémie de la rétine. Les pupilles sont normales; elles réagissent bien à la lumière, et sous l'influence de l'accommodation. En causant avec le petit malade l'attention se trouve attirée par la difficulté de la parole : elle est monotone, embarrassée, lente, inintelligible. L'enfant répond pourtant d'une façon intelligente à toutes les questions, et ses facultés intellectuelles ne paraissent pas atteintes. Il sait assez bien résoudre des problèmes de mathématiques; il raconte clairement ce qu'il vient de lire et écrit bien une lettre.

L'examen de la sensibilité cutanée et musculaire n'offre rien d'anormal; la force musculaire est un peu affaiblie, mais l'excitabilité électrique des muscles des membres est conservée.

Les réflexes sont normaux ; par contre, les réflexes tendineux sont complètement abolis aux genoux ; ils persistent aux membres supérieurs. Les fonctions de la vessie et de l'intestin s'effectuent normalement. A l'examen des oreilles on constate la perforation de la membrane du tympan des deux côtés, ainsi que le catarrhe de l'oreille moyenne du côté gauche. L'ouïe est notablement affaiblie ; toutefois, après quelques lavages et insufflations, le malade entend un peu mieux. Particulièrement intéressantes sont les déformations des deux pieds, ordinairement peu fréquentes. Le creux de la plante des pieds est très accentué, de sorte que le cou-de-pied est d'une hauteur anormale et convexe. En même temps les orteils, surtout les gros orteils, ont les premières phalanges incurvées. Lorsqu'on ordonne au malade de poser les pieds

sur une feuille de papier noirci à la suie, le talon et une partie de la plante des pieds au niveau de la tête des métatarsiens laissent seuls leur empreinte. Pourtant, à la suite, lorsque la station debout se prolonge un peu, le creux de la plante du pied s'aplatit et l'hyperextension des orteils s'atténue.

Pendant les deux mois et demi que l'on garda l'enfant à l'hôpital en observation, on nota à plusieurs reprises qu'il se plaignait d'une sensation de vertige, survenant par les accès et sans aucune raison. Deux fois il se plaignit de douleurs erratiques dans les membres inférieurs. Ces douleurs persistaient pendant 24 heures environ, avec des alternatives d'amendement et d'exacerbation. A part cela, l'enfant ne se plaignait de rien; il paraissait se porter très bien; il avait bon appétit et augmenta de six livres pendant son séjour à l'hôpital. Il passait son temps à lire, à dessiner, à colorier des images et à écrire.

Un fait qui frappa l'attention, ce fut que, à trois reprises différentes, il eut des accès de très mauvaise humeur, et cela sans nulle raison apparente. Il ne voulait parler à personne, il refusait la nourriture, devenait capricieux, et restait tout le temps couché au lit, la figure enfoncée dans les oreillers. Cet état d'esprit durait chaque fois pendant quelques heures, après quoi l'enfant redevenait gai et enjoué.

On soumit l'enfant à un traitement tonique; on lui donna de l'iodure de potassium, toutefois sans le prolonger longtemps, à cause de l'apparition des phénomènes d'iodisme. A sa sortie de l'hôpital l'enfant présentait les mêmes symptômes qu'à son entrée.

En ce qui concerne le diagnostic, plusieurs affections se présentent à l'esprit: ce sont le *tabes dorsalis*, la sclérose en plaques et une lésion de cervelet, dont les symptômes se rapprochent beaucoup de la maladie que nous venons de décrire. Néanmoins il résulte de l'examen de la symptomatologie de cette observation qu'on ne peut point s'arrêter sur le diagnostic du *tabes dorsalis* (sensibilité conservée, état normal des pupilles, aucun trouble des fonctions vésicales et rectales); on doit également éliminer le diagnostic de sclérose en plaques (absence de réflexes rotuliens, de tremblements intentionnels, de démarche spastique), ainsi qu'une lésion exclusive du cervelet. Il reste seulement à admettre la maladie de Friedreich considérée actuellement encore pas Leube comme une variété de *tabes dorsalis* ordinaire (1).

(1) Observé à la Clinique infantile de l'Université de Tomsk. In *Dietskaïa Meditzina*, 1901, nº 1.

UN CAS DE DILATATION CONGÉNITALE DU COLON

Par le professeur ESCHERICH (1), de Graz

L'enfant J. Dangel (d'Irdning en Styrie supérieure), âgé de trois ans et trois mois, présente dès sa naissance des troubles de l'évacuation des matières alvines et un ballonnement du ventre qui toutefois n'a pris des proportions aussi considérables que depuis janvier 1899. La photogravure ci-dessous montre l'état du petit malade au moment de son entrée à la clinique, le 17 novembre 1900. A ce moment le périmètre de l'abdomen était de 77 cm. ; la longueur du corps étant de 87 cm. et le poids de 30 livres. Dans la littérature ces cas sont connus sous le nom de « hommes-ballons ».

Le ballonnement du ventre est déterminé comme le démontrent la percussion et la forme sphérique de l'abdomen, par des anses intestinales distendues par de l'air. L'auscultation révèle des bruits de clapotement à sonorité métallique, des gazouillements, ainsi qu'une résonance métallique de tous les bruits ambiants perceptibles.

A un examen plus complet on aperçoit un jeu abondant d'ondes péristaltiques qui régulièrement, des deux côtés, affectent un mouvement descendant, convergent vers une sorte de centre situé à gauche de l'ombilic et dirigé de haut en bas, de sorte qu'on a l'impression de se trouver en cet endroit en présence d'un espace creux rempli d'air, dans les parois duquel les ondes vont se fondre. On voit en outre aussi les contractions des anses intestinales qui imitent l'ampoule en haut et à droite et lui sont également en partie superposéees. On peut aussi se convaincre de l'existence d'une dilatation anormale du gros intestin dans sa portion inférieure par l'examen direct de rectum, le doigt pénétrant dans un espace cavitaire à parois lisses dont les parois antérieure et postérieure ne sont pas dans leur totalité accessibles au toucher, ainsi que par l'introduction d'une sonde intestinale molle, qui peut sans difficulté être poussée à une profondeur de 50 centimètres et davantage, et par laquelle, aussitôt après son introduction, s'échappent en abondance des gaz et des matières intestinales.

L'introduction d'une petite lampe électrique telle que celle usitée pour l'éclairage de l'estomac fait reconnaître un champ plus clair de 20 cm. de diamètre. Il faut naturellement admettre que le diamètre réel est bien plus grand encore.

Tous les phénomènes morbides qu'en dehors de cela on observe chez ce petit garçon sont sous la dépendance directe de cet

(1) Présentation du sujet à l'assemblée mensuelle de la Société des médecins de Steirmark.

état. La situation du diaphragme est énormément élevée, le thorax est court et très évasé en bas. La paroi abdominale est énormément distendue et offre un réseau veineux sous-cutané extrêmement développé. Les muscles sont minces, flasques, incapabies de tendre la paroi abdominale, en sorte qu'on peut très bien étudier sur cet enfant l'absence de pression abdominale. Le foie, la rate et les reins sont nettement perceptibles au toucher et mobiles,



Fig. 1.

d'une façon anormale ; la rate est en même temps dure et mobile. Quant aux garde robes, on ne nous a donné malheureusement que des renseignements peu précis.

L'enfant paraît avoir toujours souffert du catarrhe intestinal, d'une constipation opiniâtre alternant avec de la diarrhée. Depuis que le petit malade se trouve à l'hôpital, il n'a pas encore eu des selles bien moulées ; à l'aide d'irrigations quotidiennes on provoque l'évacuation de celles-ci qui sont soit liquides soit molles, mais bien digérées, ne contenant pas d'éléments constitutifs anormaux. Les gaz sont évacués spontanément ainsi que par la sonde, en grande abondance, ils sont fétides et paraissent contenir relati-

vement peu d'acide carbonique. L'appétit de l'enfant correspond à son état ainsi qu'en témoigne sa nutrition générale. Rien d'anormal dans son urine, peu d'indican, pas d'acétone.

L'état du petit malade fait en premier lieu songer à une sténose siégeant au niveau de la portion inférieure du tractus intestinal. En effet nous avons eu, il y a quelques années, dans notre service hospitalier, un enfant, bien jeune, il est vrai, chez lequel une rétraction cicatricielle de l'anus (conséquence d'une blessure subie pendant l'accouchement) fut suivie d'une rétention extrêmement prononcée du contenu intestinal et d'autres phénomènes consécutifs du même ordre. Il ne peut pas ici être question d'une telle sténose, bien que la contractilité du sphincter anal se trouve maintenant augmentée et que l'introduction de la sonde ait été douloureuse ces temps derniers. La stagnation des matières intestinales, qui existe sans aucun doute, n'est point provoquée par un obstacle direct au passage des matières, mais par des troubles des forces évacuatrices. D'après l'anamnèse il est certain que ces troubles ont dû exister déjà de très bonne heure, en tout cas déjà pendant la première année après la naissance, bien que l'augmentation énorme du ventre n'ait été remarquée qu'à partir de la deuxième année. Il en résulte déjà que la simple atonie par suite de la longueur et de la position anormales du gros intestin, cause si fréquente de la constipation habituelle chez les enfants, ne constitue pas ici la cause de l'affection, pas plus que la flaccidité anormale des téguments abdominaux qui certainement contribue à la constipation, mais comme fait consécutif. La longue durée, la gravité et le degré intense des troubles morbides font songer à une affection congénitale, et alors il y a à considérer deux cas :

1) La dilatation avec hypertrophie congénitale du côlon, désignée par Mya sous le nom de *Megacolon congenitum*.

2) La faiblesse congénitale ou manque partiel de la tunique musculaire dans la portion inférieure du gros intestin, sur lequel Nothnagel et Concetti ont attiré l'attention.

C'est Hirschberg qui a le premier fait connaître le tableau morbide provoqué chez les enfants par suite de ces lésions, de sorte qu'on désigne cette affection souvent sous son nom. L'évolution de ces cas correspond à peu près à ce que nous savons de notre petit malade. Dès la naissance il existe une constipation si opiniâtre et un tel ballonnement du ventre que dans quelques cas on avait essayé de pratiquer l'opération de l'anus artificiel.

Un certain nombre de ces enfants, au milieu de ces phénomènes, finissent par succomber avec ou sans intervention opératoire, mais la plupart d'entre eux arrivent à un âge plus avancé ; il se développe chez eux un ballonnement du ventre qui prend des proportions énormes. Si ces enfants ne sont pas traités convenablement, la portion distendue de l'intestin devient le siège de lésions secondaires, colites et ulcérations par compres-

sion avec tout le cortège de phénomènes péritonitiques pouvant amener la mort. A un âge plus avancé l'état morbide paraît subir une amélioration. CONCETTI a recueilli avec grand soin tous les cas observés jusqu'à présent. Il en existe, à l'heure qu'il est, 24 observations.

La plupart des auteurs sont enclins à considérer cette affection comme une malformation, comme une hyperplasie du gros

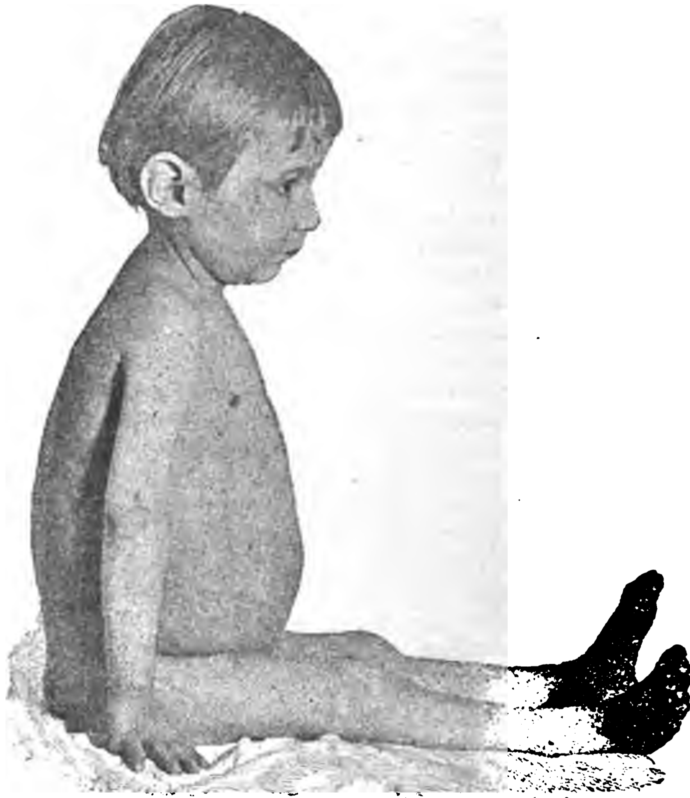


Fig. 2.

intestin. Celle-ci peut être partielle ou totale ; quant à cette dernière, on en connaît des cas présentant une dilatation en ampoule du segment inférieur du gros intestin à peu près dans la région où ici aussi nous notons l'existence d'une large cavité. Les parois flasques du sac ampulaire n'étant pas capables de faire progresser les matières fécales, il arrive naturellement qu'il y a stagnation au niveau du siège de la distension. Dans un cas examiné par CONCETTI avec beaucoup de précision, il s'agit d'une absence partielle de la tunique musculaire ou au moins de la couche musculaire longitudinale du gros intestin ; alors la couche

musculaire muqueuse peut même subir une hypertrophie. Dans les deux cas les matières ne pouvant pas progresser, il en résulte la stagnation, puis la distension et l'hyperplasie au même endroit, suivies de distension secondaire et d'hypertrophie des segments intestin aux situés plus haut.

En raison de l'anamnèse qui n'est pas complète, nous ne pouvons pas décider duquel des deux cas il s'agit ici. Les signes des lésions secondaires de la muqueuse du gros intestin n'existent pas encore. Le pronostic est, par conséquent, grave, non désespéré *quo ad vitam*.

La thérapeutique a pour tâche d'activer l'évacuation des matières fécales amassées et des gaz. Par une médication appropriée on tâchera de maintenir les selles liquides et de combattre la stagnation et d'empêcher les décompositions de s'effectuer dans le tube intestinal. Ceci est le mieux réalisé par des irrigations intestinales avec des solutions de thymol ; ensuite on passera au massage vigoureux de l'abdomen, déjà notablement diminué de volume ; puis on procédera à la faradisation des muscles abdominaux et enfin le ventre sera fortement serré dans des bandes afin qu'une distension nouvelle par les gaz ne puisse plus avoir lieu.

Il est à espérer que par ce traitement on obtiendra une amélioration quant à la distension anormale du gros intestin et que les tégument abdominaux trop flasques seront amenés à acquérir une certaine tonicité et contribueront à la défécation. Ceci serait déjà un beau résultat. Les interventions opératoires préconisées par d'autres auteurs, mais suivies toujours de résultats défavorables, ne peuvent pas entrer ici en ligne de compte.

Appendice. — 18 février 1901. L'évolution ultérieure de l'affection justifia nos prévisions, en ce sens que le traitement indiqué avait eu pour résultat une diminution très notable du volume du ventre et une amélioration de tous les symptômes morbides.

PRODUCTION DE PARALYSIES CHEZ LE COBAYE PAR DES BACILLES DITS « PSEUDO-DIPHTÉRIQUES »

Par M. Ch. LESIEUR (1).

Nous poursuivons, depuis 18 mois, une série de recherches expérimentales sur la nature des bacilles dits « pseudo-diphtériques ». Nous nous sommes servi, pour cette étude, de 70 échantillons de bacilles recueillis dans les cas suivants : 38 diphtéries cliniques, 19 angines, laryngites ou coryzas de nature cliniquement indécise, 13 gorges ou fosses nasales absolument saines. Sur ces 70 échantillons, quarante se sont montrés virulents pour le cobaye aux doses ordinaires et sont, par conséquent, de vrais

(1) Travail du laboratoire du professeur Jules COURMONT, communiqué à la Société de Biologie, le 27 juillet 1901.

bacilles de Lœffler : 30 provenant de diphtéries, 9 de cas douteux, un de muqueuse normale, Les trente autres étant dénués de virulence aux doses habituelles doivent être considérés, si l'on s'en rapporte à ce signe distinctif, comme des bacilles pseudo-diphtériques : 8 proviennent de diphtéries, 10 de cas douteux, 12 de cavités saines.

C'est à l'étude de ces 30 échantillons que nous nous sommes attaché. Nous parlerons plus tard des résultats que nous avons obtenus, en comparant la morphologie, les caractères de coloration (réaction de Neisser), l'agglutinabilité, l'action des toxines, le pouvoir préventif du sérum spécifique (épreuve de Spronck), etc. ; nous montrerons plus tard qu'aucun de ces caractères ne suffit, à lui seul, pour reconnaître le bacille diphtérique. Aujourd'hui, nous voulons simplement faire voir qu'il est parfois possible d'obtenir, sur l'animal, soit avec de fortes doses de cultures de bacilles non virulents, soit avec des doses ordinaires de ces bacilles préalablement renforcés, des paralysies semblables à celles que détermine le bacille de Lœffler vrai. Est-ce à dire que la production de ces paralysies doive *suffire, à elle seule,* à identifier ces échantillons de bacilles pseudo-diphtériques avec le véritable bacille de la diphtérie? Nous ne le pensons pas. On sait, depuis Roux et Yersin (1), que la toxine du bacille de Lœffler produit facilement des paralysies analogues aux paralysies diphtériques cliniques ; mais on sait également que d'autres toxines peuvent produire de semblables accidents. Il nous semble, cependant, que l'on pourrait dégager des faits que nous apportons au moins une nouvelle *présomption* en faveur de l'identité avec le bacille de Lœffler, sinon de tous les bacilles dits « pseudo-diphtériques », au moins de certains échantillons de ces derniers.

Voici, d'ailleurs, nos expériences:

A) *Inoculation de fortes doses de cultures, complètes ou filtrées, de bacilles récemment isolés, considérés comme non virulents.* — Nos 30 échantillons ont été inoculés à un cobaye de 350 grammes, sous la peau de la cuisse, à des doses variant de 1 à 10 cc. de cultures en bouillon de bœuf peptoné, âgées de 24 heures, et de cultures filtrées à l'âge de 8 jours. Tous les cobayes inoculés avec des doses ordinaires ont résisté. Parmi ceux qui avaient reçu de fortes doses, nous relevons les deux cas suivants :

1° *Le premier cas* a été obtenu avec la *culture complète.*

Bacille n° 8, provenant d'une angine pseudo-membraneuse bénigne ayant duré 18 jours (B..., 24 ans). Culture : colonies blanches, punctiformes, assez nombreuses, composées de bacilles moyens, parallèles et enchevêtrés, gardant le Gram. Le diagnostic aurait été déclaré positif sans les inoculations, mais 1 cc. de culture complète et 10 cc. de culture filtrée ne tuent pas le cobaye.

(1) E. Roux et A. Yersin, *Ann. Pasteur*, 1887, p. 629.

Deux autres cobayes reçoivent chacun 5 cc. de culture complète, l'un sans injection préalable de sérum antidiphtérique. Ce dernier survit, tandis que le premier présente, le treizième jour, de la parésie du train postérieur, le quinzième jour de la paraplégie et meurt, le dix-huitième jour, sans lésions viscérales.

2° *Le second cas* a été obtenu avec la *toxine.*

Bacille n° 26, provenant d'une angine pseudo-membraneuse avec laryngite, fièvre (39° 7), ayant duré quinze jours et terminée par la guérison (D... 15 ans). Culture : colonies blanches, petites, nombreuses, composées de bacilles courts, trapus, homogènes, parallèles, gardant le Gram. Le diagnostic aurait été déclaré positif, sans les inoculations ; mais 10 cc. de culture complète et 5 cc. de culture filtrée ne tuent par le cobaye.

Un autre cobaye reçoit 10 cc. de culture filtrée sous la peau de la cuisse. Il présente, le douzième jour, de la parésie du train postérieur ; le quatorzième jour, de la paraplégie, et meurt, le seizième jour, sans lésions viscérales.

B) *Inoculations de doses ordinaires de bacilles primitivement inactifs, puis artificiellement renforcés.* — Sur les 28 bacilles non virulents, n'ayant produit aucune paralysie dans l'expérience précédente, nous en avons choisi six que nous avons tenté de renforcer par un passage de 8 jours en sacs de collodion dans le péritoine du lapin. Le réensemencement était fait en bouillon, et la culture de 24 heures inoculée complète, sous la peau de la cuisse d'un cobaye. Nous avons réussi quatre fois à faire ainsi apparaître la virulence ; deux fois la mort a été relativement rapide ; les deux autres cas sont les suivants :

1° *Bacille n°* 59, provenant des fosses nasales saines, d'une femme de 30 ans (C...). Culture : colonies blanches et rondes, petites, peu nombreuses, composées de bacilles courts, trapus, homogènes, parallèles, gardant le Gram. Avant tout renforcement, 10 cc. de culture en bouillon, complète ou filtrée, ne tuent pas le cobaye ; l'injection préalable de 1 cc. de sérum antidiphtérique n'empêche pas l'inoculation de 2 cc. de culture complète, faite 6 heures plus tard, de produire de l'œdème local (épreuve de Spronck).

Après renforcement, 1 cc. de culture complète, âgée de 24 h., entraîne, chez le cobaye, la parésie du train postérieur en 18 jours, la paraplégie en 20 jours et la mort en 22 jours, sans lésions viscérales.

2° *Bacille n°* 62, provenant des fosses nasales saines d'une femme de 53 ans (R...). Culture : colonies blanches et rondes, petites, peu nombreuses, composées de bacilles courts, trapus, homogènes, parallèles, gardant le Gram. Avant tout renforcement, 10 cc. de culture en bouillon, complète ou filtrée, ne tuent pas le cobaye ; par l'épreuve de Spronck, on produit de l'œdème local.

Après renforcement, 1 cc. de culture complète, âgée de 24

heures, entraîne, chez le cobaye, la parésie du train postérieur en 15 jours, la paraplégie en 10 jours et la mort en 24 jours, sans lésions viscérales.

C) *Conclusions.* – *Certains* bacilles, dits « pseudo-diphtériques » parce qu'ils ne sont pas virulents pour le cobaye aux doses ordinaires, sont cependant capables de déterminer, chez cet animal, des paralysies mortelles, analogues à celles que produit le véritable bacille de Lœffler. Il suffit, parfois, pour observer ce fait, ou d'inoculer de fortes doses des premières cultures, ou d'employer des doses ordinaires de bacilles artificiellement renforcés.

DEUX OBSERVATIONS D'OCCLUSION INTESTINALE

PAR VICES DE POSITION DE L'INTESTIN, L'UNE DE TORSION DE LA TOTALITÉ DU MÉSENTÈRE AUTOUR DE SON PÉDICULE, L'AUTRE DE ROTATION DU CÆCUM AUTOUR DE SON AXE VERTICAL (1).

Par le Dr R. FRŒLICH

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

OBS. I. — *Occlusion intestinale par torsion du mésentère dans sa totalité autour de son axe. — Rétrécissement du côlon.*

Grégoire Jules, 3 ans, enfant malingre, sans antécédents pathologies. Depuis 15 jours, absence presque complète de selles et vomissements alimentaires et bilieux.

A son entrée à l'hôpital, le 22 octobre 1900, nous constatons un ventre énorme dû à la distenstion des anses intestinales et à la présence d'une certaine quantité de liquide ascitique dans le bas ventre et dans les flancs.

Rien au toucher rectal, sauf l'aplatissement de cet intestin au-dessus de l'ampoule par le liquide et par les anses distendues.

Pouls à 140; température 36 et 35,8.

Le diagnostic que nous portons est obstruction chronique et incomplète de l'intestin; mais par quelle cause?

Rien ne nous permettait d'émettre une hypothèse plausible; nous pensions à une invagination malgré l'absence de selles sanguinolentes. Le médecin traitant avait supposé tout d'abord l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

Malgré l'état général déplorable, je me décidai, avec l'aide de M. le professeur WEISS, à pratiquer la laparotomie.

Il s'écoule de l'abdomen un litre environ de liquide, d'abord séreux, puis légèrement sanguinolent.

Les anses intestinales qui se présentent dans l'incision à laquelle nous ne donnons, vu l'état général précaire du malade, que 8 centimètres, sont saines, mais très distendues et congestionnées. Le

long de leur insertion mésentérique, court une bande blanchâtre d'aspect cicatriciel.

Par l'incision je sens à droite dans le ventre une bride qui me paraît formée par un repli du mésentère fortement tendu; et de plus, je perçois nettement le cæcum distendu, dur et épaissi. Après avoir déroulé 2 mètres environ d'intestin et exploré de nouveau le ventre, il me semble que la bride mésentérique a disparu.

Une éviscération complète nous paraissant dépasser la résistance de l'opéré, nous refermons le ventre, après avoir cependant établi un anus contre nature médian.

L'anus fonctionna d'une façon parfaite et évacua une énorme quantité de matières liquides.

Le soir la température monta à 38°,2; le pouls était toujours à 140.

Le lendemain matin, température 36°, le pouls 160. Les vomissements avaient continué et l'enfant succomba dans la soirée, 36 heures après l'opération.

Autopsie. — Le ventre étant très largement ouvert, on voit les anses intestinales très distendues, mais sans trace de péritonite. L'S iliaque apparaît à droite sous les fausses côtes, il est peu dilaté.

Avec beaucoup de patience et d'attention, je parviens à m'orienter, et à voir que tout le paquet intestinal, gros intestin compris, a subi un mouvement de torsion complète autour de sa racine mésentérique. Ce mouvement s'est fait de gauche à droite, c'est-à-dire en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Tout le paquet est allé se loger dans l'hypochondre droit. Là, le mésentère, sous forme d'un bord tranchant, passe obliquement sur le gros intestin, au niveau de l'angle de flexion du côlon ascendant avec le côlon transverse (point fixe du côlon).

Après avoir dégagé le paquet intestinal, j'aperçus, au niveau du point comprimé par le bord mésentérique, un rétrécissement très profond entourant comme une bague le gros intestin.

En amont du rétrécissement, le côlon et le cæcum sont énormément distendus, leurs parois sont charnues comme celles d'une matrice (épaisseur 1 centimètre).

Au niveau du rétrécissement, le mésocôlon présente des traces d'inflammation, et il est rétracté ; dans le mésentère, il existe un certain nombre de petits ganglions.

Le rétrécissement est perméable pour le petit doigt, la muqueuse est tout à fait saine à son niveau.

La musculeuse, comme l'a montré un examen ultérieur, est hypertrophiée, mais sans altération autre que de l'inflammation banale.

Dans presque toute l'étendue de l'intestin on voit, le long de l'insertion mésentérique, une zone blanchâtre, trace probable d'ancienne entérite ; même signification pour les ganglions.

En somme, si la torsion de tout le mésentère autour de son

axe et le rétrécissement du côlon étaient évidents, il n'en est pas de même de la succession de ces deux accidents.

La bride saillante du bord mésentérique coupant le côlon au niveau du rétrécissement et s'y emboîtant exactement font plutôt attribuer la stricture au mésentère, quoique l'hypertrophie du cæcum et du côlon puisse faire penser à un obstacle datant de plus de 15 jours. Quoi qu'il en soit, le traitement rationnel eût consisté à détordre l'intestin, ce que n'eût permis, et encore avec beaucoup de peine, qu'une éviscération totale.

L'état précaire de notre malade ne nous a pas permis cette manœuvre.

Quant au rétrécissement, il n'était pas de nature à provoquer immédiatement des accidents sérieux ; plus tard, si des phénomènes d'obstruction s'étaient produits, il eût été utile de le réséquer, ou bien de faire l'entéro-anastomose.

Obs. II. — *Obstruction intestinale par rotation du cæcum et d'une partie du côlon ascendant autour de leur axe vertical. Opération, guérison* (1).

L..., atteint de bronchite chronique et de constipation habituelle, et soigné par notre collègue le Dr Schuhl, nous fait appeler le 10 novembre 1900.

Quatre jours auparavant, le malade étant tranquillement assis à table, sentit tout à coup une douleur excessivement violente dans le flanc droit. Puis surviennent des nausées et des vomissements.

Le lendemain, M. Schuhl perçoit dans le flanc droit une masse dure, facile à délimiter, qui semble se déplacer pendant les mouvements de la respiration, et qui était mate à la percussion.

Un lavement ramena un peu de matières et quelques gaz.

Le 3e jour, les douleurs sont identiques, le ballonnement du ventre a augmenté ; quelques vomissements bilieux.

La température est à 37°,6, le pouls à 116.

A ce moment, je vis le malade avec le Dr Schuhl.

Le faciès est grippé, la respiration rapide. Le ventre est énormément ballonné. Des anses se dessinent sous la paroi, et quelques mouvements péristaltiques sont perçus.

Dans l'hypochondre droit, mais plus près de la fosse iliaque, existe une douleur, exquise à la pression. Cette douleur serait constante et aurait des exacerbations fréquentes sous forme de coliques.

Au palper, je sens une tumeur allongée du volume de deux poings : son grand diamètre est vertical ; elle est douloureuse à la pression, légèrement mobilisable latéralement, mate à la percussion superficielle, mais sonore à la percussion profonde ; aucun péristaltisme.

(1) Il s'agit ici d'un adulte, mais nous le donnons parce qu'il peut se rencontrer chez l'enfant.

Dans les deux flancs je trouve un peu de matité.

Le malade aurait eu un gaz dans la matinée, la langue est sèche et chargée.

Mon diagnostic est : volvulus du cæcum ; je le base sur l'énorme ballonnement du ventre, les phénomènes atténués d'occlusion, le léger mouvement fébrile survenant le 3e jour, la matité des deux flancs, l'anamnèse d'un état analogue il y a 3 ans, mais de 24 heures de durée seulement ; enfin et surtout sur le syndrome de von Wahl, présence d'une tumeur dans le flanc droit, avec les caractères précédemment décrits.

Opération. — L'opération fut acceptée et pratiquée à 3 heures le même jour au pensionnat de l'hôpital civil avec l'aide de mon collègue, le Dr Schuhl, de nos confrères les Drs Renaud et Pillon et de mon interne.

Je fis une laparotomie latérale directement sur la tumeur à cause du doute émis par mon collègue sur la possibilité d'une appendicite.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une petite quantité de sérosité sanguinolente. Après avoir écarté le grand épiploon en dedans, une énorme anse de gros intestin vient faire saillie dans la plaie : c'est le cæcum qui se présente avec son bord interne tourné en dehors de l'appendice. Ces deux organes sont énormément dilatés ; l'insertion de l'iléon est également tournée vers le côté droit.

Le cæcum est congestionné, de couleur violacée, avec un lacis vasculaire très développé.

En élargissant l'ouverture de la paroi abdominale, nous apercevons à la direction des bandelettes longitudinales du gros intestin que le côlon est tordu sur lui-même à 15 centimètres au-dessus de la pointe du cæcum, au-dessous de la limite supérieure de la torsion le côlon est aplati.

L'insertion de l'iléon présente le même aplatissement dû à la torsion inférieure.

Le méso-cæcum et le méso de l'angle iléo-cæcal sont très développés.

Enfin l'apparence du cæcum est telle qu'il semble que le péritoine viscéral n'adhère que d'une façon lâche à l'intestin lui-même et que ce dernier s'est déplacé indépendamment de sa gaine péritonéale ; cet aspect est dû à l'œdème du revêtement péritonéal.

Le grand épiploon est adhérent par une de ses brides dans une pointe de hernie inguinale droite, je libère cette adhérence, et je la lie ; puis je détors le cæcum. Cette détorsion après quelques tentatives réussit, et le contenu du cæcum se vide avec bruits de gargouillement dans le côlon ascendant.

Je referme le péritoine, je suture les muscles isolément, puis la peau.

Dès le réveil du malade, ses douleurs dans le flanc droit avaient disparu.

Après 48 heures, il y eut une selle et des gaz, puis une forte débâcle de matières liquides et solides.

Le 4[e] jour, la température s'élève à 38°, à cause d'un petit abcès de la paroi, dont l'ouverture fit tout rentrer dans l'ordre.

Le 12[e] jour, le malade se leva, et le 15[e] jour, il put quitter l'hôpital, guéri.

Il s'agissait dans ce cas d'un de ces vices de position du gros intestin, assez rares d'ailleurs, dans lequel le cæcum a subi une rotation autour de son axe vertical, ce qui avait amené une obstruction au niveau de sa réunion avec le côlon ascendant, et au niveau de l'insertion de l'iléon.

Réflexions. — Ces deux observations ont trait à des affections relativement rares, mais très intéressantes par le mécanisme de leur production et par les difficultés du diagnostic exact, et par conséquent de leur traitement.

En France, un petit nombre d'auteurs se sont occupés de ces lésions d'une façon spéciale. Un des premiers en date semble être Pierre Delbet, dont le mémoire à la Société de chirurgie en 1898 suscita une discussion à laquelle prirent part Routier, Kirmisson, Ch. Monod et Reynier.

Depuis, nous avons eu la communication de Bérard et Delore (de Lyon) au *Congrès français de chirurgie*, 1899 (p. 410) ; le chapitre 15 des *Leçons de clinique chirurgicale* de P. Delbet (Paris, Steinheil, 1899) ; et une observation de Gueillot (de Reims) (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XXV, p. 335).

Enfin Lejars, dans son excellent *Traité de chirurgie d'urgence*, fait allusion au traitement du volvulus du gros intestin.

Les auteurs allemands, depuis le travail de Zoege von Manteuffel, qui est un chirurgien de nationalité russe (*Arch. für klin. Chir.*, Bd 41, p. 570), ont multiplié les publications sur ces vices de position de l'intestin et sur l'occlusion qui en est la conséquence.

Les plus récentes sont celles de A. von Bergmann, de von Eiselberg, de C. Bayer, de H. Braun, de Reidel, de H. Hœckel, de von Schiemann, de Friele, de Weinreich, etc., de Zoege von Manteuffel aussi, dont les observations sont relatées dans le *Centralblatt für Chirurgie* entre les années 1895 et 1900.

Ces vices de position peuvent se diviser en trois groupes :

Le premier comprend les cas excessivement rares de torsion de la totalité ou de la presque totalité du mésentère autour de son pédicule.

Le deuxième groupe renferme les cas beaucoup plus fréquents de torsion du cæcum ou de l'S iliaque autour de son pédicule mésentérique. C'est le volvulus proprement dit.

Enfin le troisième groupe, les cas assez peu nombreux de rotation d'une portion du gros intestin, autour de son axe vertical ou mieux de l'axe de sa lumière.

Les deux observations de DELBET rentrent dans le premier groupe, ainsi que quelques observations incomplètes relatées à l'occasion de la discussion de son rapport.

Les six observations de BÉRARD et DELORE sont également considérées par ces auteurs comme se rapportant à ce groupe, mais la lecture des observations ne permet pas de souscrire sans réserve à leurs conclusions ; la torsion isolée d'une anse grêle nous paraissant assez problématique, sans qu'une autre cause ne survienne pour la fixer.

Ma première observation rentre dans cette première classe d'obstruction par vices de position de l'intestin.

Les symptômes de cette lésion que DELBET et BÉRARD ont rencontrés chez des adultes, et que nous avons observés chez un enfant de 3 ans sont assez peu nets pour que le diagnostic n'en ait jamais été fait avant l'intervention.

Et cependant l'on ne peut qu'être frappé de la similitude parfaite des symptômes décrits par DELBET comme caractéristiques de cette torsion, de tout ou de presque tout le mésentère autour de sa racine avec ceux que j'ai moi-même observés, à savoir :

1° La rapidité du météorisme et son volume ;

2° La rareté des vomissements fécaloïdes ou même leur absence complète ;

3° La production d'un épanchement ascitique assez rapide et assez abondant ;

4° L'atténuation des symptômes de stricture, qui permet quelquefois à ces lésions de mettre 12 et 15 jours avant de provoquer un dénouement fatal.

Cette atténuation des signes de l'occlusion se remarque d'ailleurs dans toutes les occlusions par vice de position de l'intestin, y compris l'invagination dont nous ne nous occupons pas ici.

Les deuxième et troisième groupes ont des signes cliniques absolument identiques, et l'opération seule permet de les distinguer.

Nous retrouvons encore ici des symptômes semblables à ceux du groupe précédent et d'autres en plus, qui, souvent, comme dans notre dernière observation, permettent d'établir le diagnostic avant toute intervention :

1° La rareté des vomissements fécaloïdes ;

2° L'atténuation des signes d'occlusion ; la perméabilité de l'intestin n'étant pas abolie d'emblée comme elle l'est dans une bride ou dans un anneau ;

3° Production d'une ascite plus ou moins considérable et que la percussion des flancs permet de découvrir ;

4° Enfin le syndrome de VON WAHL, syndrome très important qui nous a permis d'établir le diagnostic. Ce syndrome ne nous paraît pas avoir été décrit dans les dernières publications françaises d'une façon très exacte.

L'anse dont le pédicule est tordu et qui est presque toujours le cæcum et l'S iliaque se distend à l'excès avant qu'un météorisme généralisé ne se soit produit. Elle s'immobilise, devient dure au palper, et tranche par un certain degré de matité sur le reste de l'abdomen.

Cette anse a une forme variable ; le plus souvent c'est un boudin vertical ou oblique logé entre la fosse iliaque et le rebord des fausses côtes. Elle a la rénitence et la dureté d'une tumeur, elle peut être légèrement déplacée latéralement, et donne quelquefois par sa saillie une apparence asymétrique au ventre.

Ce syndrome était d'une netteté remarquable dans notre cas.

Traitement. — Le traitement des vices de position du premier groupe, c'est-à-dire par torsion de tout le mésentère autour de son pédicule, est facile à formuler en théorie : il s'agit de faire une laparotomie médiane aussi étendue que possible, éviscérer les intestins, et détordre le mésentère ; mais s'il est facile à formuler, ce traitement est difficile à mettre en pratique

Le diagnostic est le plus souvent impossible, la rareté de l'affection n'y faisant pas songer, et les signes que nous avons rapportés d'après Delbet comme étant ceux de la torsion totale, se rencontrent identiques dans certaines formes de péritonite tuberculeuse, affection, elle, très fréquente.

Enfin, la détorsion est loin d'être facile à exécuter, puisque, à l'autopsie, le ventre largement ouvert, nous avons eu une certaine difficulté à détordre le mésentère et à remettre les choses en place ; la direction de la torsion n'est pas évidente de prime abord.

Le moment n'est pas encore venu où l'opération de cette lésion, basée sur son diagnostic ferme, pourra être exécutée avec des temps réglés.

Il n'en est pas de même pour les deux autres groupes de vices de position : volvulus cæcal et iliaque ou rotation de ces mêmes organes autour de leur axe.

Les symptômes de la lésion sont plus nets, surtout le syndrome von Walh. L'éviscération du boudin cæcal ou iliaque seul suffira souvent pour en permettre la détorsion. Il est bon de se rappeler que ce boudin peut être énorme et a, été trouvé par certains chirurgiens du volume d'une tête d'adulte.

La conduite à tenir doit varier avec le mode de torsion et l'état de l'anse tordue. Il faut détordre soit le mésocôlon, soit l intestin.

Si le mésocôlon est très long, et si l'on craint une récidive de la torsion (ces récidives ont été signalées), on peut le raccourcir, faire une sorte de pexie de l'anse tordue, ou bien encore la suturer dans la fosse iliaque.

Enfin, pour peu que l'anse ait une tendance au sphacèle, accident assez rapide, si l'on en croit les auteurs, il vaut mieux la résé-

quer, et pratiquer soit l'entérostomie en canon de fusil, soit l'entérorrhaphie, suivant l'état général du malade et les aptitudes du chirurgien.

Un mot encore sur la pathogénie des deuxième et troisième groupes de vices de position du gros intestin. Le mésocôlon et le mésocæcum chez ces sujets est toujours très long, de plus ce sont des malades constipés.

Le cæcum et l'S iliaque sont donc très mobiles, et presque toujours remplis de matières lourdes.

Dans un mouvement brusque d'extension ou de flexion de la colonne vertébrale, ou dans un simple effort de toux, ces organes peuvent être lancés sous les fausses côtes ou dans l'épigastre, et les anses grêles s'insinuent sous le gros intestin, l'empêchent de reprendre sa place et fixent soit la torsion, soit la rotation du cæcum ou de l'S iliaque. Cette hypothèse déjà émise par Zoege von Manteuffel, nous paraît assez plausible.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Recherche pratique de l'albumine dans l'urine. — Le Dr Trétrop (d'Anvers) recommande le procédé suivant, pour déceler la présence de l'albumine dans l'urine :

1° Chauffer 4 ou 5 cc. d'urine dans un tube à essai à une température voisine de l'ébullition ;

2° Retirer le tube de la flamme et y laisser tomber quelques gouttes de formaline pure (solution à 40 %).

Au bout de quelques secondes, si l'urine renferme de l'albumine, il se produit des amas floconneux de l'aspect du blanc d'œuf coagulé. Ces amas se rassemblent à la surface de l'urine et contre les parois du tube où ils forment un véritable feutrage. Les amas sont cohérents, et lorsque le tube n'a pas été agité pendant la réaction, on voit de véritables bouchons d'albumine coagulée au sein du liquide. Rien de plus aisé que de les recueillir sur un filtre.

Notre confrère insiste sur ce que l'urine doit être fraîche, car l'ammoniaque décompose le formol.

Si l'on renverse le tube après que la réaction s'est opérée, on aperçoit nettement le feutrage d'albumine qui adhère à ses parois.

Le tube vide de liquide atteste encore la présence de l'albumine.

Rien de semblable ne s'observe lorsqu'on emploie la chaleur et l'acide nitrique.

Le volume du bouchon albumineux peut fournir des données sommaires sur la quantité plus ou moins grande d'albumine.

Cette quantité peut être déterminée plus rigoureusement par la pesée.

Certaines urines fortement albumineuses se prennent par l'addition de formaline sans chauffage préalable en une masse gélatineuse assez cohérente qui affleure parfois la surface libre du liquide.

L'aspect est particulièrement caractéristique dans les verres coniques de forme haute employés couramment en clinique.

Les avantages du procédé sont les suivants, d'après le Dr TRÉTROP :

« La réaction est nette, grâce à la cohérence du caillot formé et aussi à la couleur de l'urine. Celle-ci n'est pas altérée.

« Si l'on compare un tube d'urine albumineuse chauffée et traitée par l'acide nitrique à un tube qui a subi l'action de la chaleur et de la formaline, les petits grumeaux disséminés du premier tube auront une coloration variable rouge-brun plus ou moins foncé, comme le liquide altéré dans lequel ils baignent, tandis que le large feutrage ou le bouchon albumineux du tube à la formaline se détachera nettement en blanc très légèrement teinté de brun sur le fond jaune de l'urine. (On ne peut mieux comparer la couleur du coagulum qu'à de la crème teintée par une petite quantité de café.)

« Le procédé exclut l'emploi des acides désagréables et nullement exempts de danger. Les mains et les vêtements de l'opérateur sont à l'abri de toute brûlure.

« La formaline, même à 40 °/o, concentration maxima, n'attaque pas les couleurs les plus délicates, et le médecin peut, sans précautions spéciales, porter sur lui un petit flacon de ce produit pour faire la réaction au lit du malade. »

Deux autopsies de maladie de Friedreich (1). — MM. Cl. PHILIPPE et J. OBERTHUR ont fait l'examen histologique de deux autopsies de maladie de Friedreich, dont l'une présente cette particularité intéressante de s'être développée dans les premières années de l'infection, tardivement après l'âge de vingt ans, chez un syphilitique.

Rapprochant leurs observations des autres cas authentiques déjà publiés, au nombre de dix-neuf ou vingt, ils signalent la constance de la sclérose des cordons et racines postérieurs et surtout l'intensité des altérations de la substance grise (corne postérieure, cellules cordonales, colonnes de Clarke) ; la variabilité de la sclérose des cordons antérolatéraux, depuis l'atteinte légère du faisceau pyramidal croisé, jusqu'à la prise considérable de tous les faisceaux (f. moteur, f. de Gowers, f. cérébelleux direct, fibres commissurales courtes) ; très vraisemblablement, cette variabilité de la sclérose antérolatérale rend compte du développement plus ou moins considérable des phénomènes

(1) Société de Neurologie, séance du 4 juillet 1901.

spasmodiques constatés en clinique. La maladie de Friedreich est bien une affection médullaire différente du tabès et indépendante d'une sclérose ou d'une dysgénésie du cervelet, lésion toujours absente dans les cas authentiques, comme les auteurs ont pu encore le constater en étudiant surtout l'état des pédoncules cérébelleux. Elle est également remarquable par le grand développement de la sclérose névroglique, sclérose toujours très végétante, non seulement dans les zones dégénérées, mais encore sur l'épendyme du quatrième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius et sous la pie-mère médullaire.

Topographie de la lymphocytose dans la méningite tuberculeuse et la paralysie générale (1). — MM. Anglade et Chocraux (d'Alençon) ont recherché le point de départ de la lymphocytose dans la méningite tuberculeuse et la paralysie générale. Elle se ferait, d'après eux, d'une part au niveau des vaisseaux pie-mériens situés au fond des scissures et atteints d'artérite, d'autre part au niveau des ventricules, grâce à un véritable effondrement du revêtement épendymaire, permettant ainsi aux globules blancs de passer de l'intérieur du cerveau vers le liquide céphalo-rachidien. Dans plusieurs cas de paralysie générale, cette migration des lymphocytoses a pu être saisie sur le fait.

Un cas de syndrome de Benedikt (2). — MM. Vigoureux et Laignel-Levastine ont présenté à la Société de neurologie un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'une paralysie complète et totale de la troisième paire gauche avec une hémiparésie et un hémi-tremblement droit. Cet hémi-tremblement qui apparaît spontanément au repos et qui s'exagère dans les mouvements intentionnels, a en même temps certains caractères de l'ataxie spasmodique. Il n'y a pas d'asynergie cérébelleuse, les sensations kinesthésiques sont normales. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Les présentateurs rapprochent ce syndrome des cas déjà décrits sous le nom de syndrome de Bénédikt et pensent que la lésion siégeant au niveau du pédoncule cérébral gauche est un tubercule intrapédonculaire ou une plaque de méningite tuberculeuse.

Deux cas d'obstruction intestinale chez le nouveau-né (3). — M. Bonnaire. — Dans la première observation, le nouveau-né n'avait pas rendu son méconium, il vomissait vert, et il existait un ballonnement considérable ; l'anus était perforé. La laparatomie permit de voir qu'il y avait une hernie de l'intestin grêle à travers le mésentère dilacéré ; de plus, il y avait un rétrécissement très marqué portant sur plusieurs centimètres. L'enfant mourut quelques jours après.

Dans le second, il s'agissait d'une invagination intestinale

(1) et (2) Société de Neurologie, séance du 4 juillet 1901.
(3) Société d'Obstétrique de Paris.

ayant amené le sphacèle du tube digestif et une péritonite consécutive. Dans des cas semblables, je crois qu'il faut pratiquer la laparotomie pour essayer de lever l'obstacle, car l'anus contre nature est une opération détestable.

Forme rare d'hydrocéphalie. — M. BAR (1). — L'enfant dont il s'agit présentait de l'hydrocépalie peu prononcée ; mais à l'autopsie on trouva une fusion des deux lobes cérébraux qui étaient projetés en avant par la poche kystique. Cette fusion des lobes cérébraux est extrêmement rare.

Two cases of typhoid fever with abcesses of lung and empyema. (2) — (*Duex cas de fièvre typhoïde avec abcès du poumon et empyème*), par le Dr SYDNEY PHILLIPS. — Un garçon de quatre ans et demi est pris de mal de tête et de diarrhée le 21 novembre 1900; le 22, mal de gorge et engorgement des glandes cervicales ; le 23, il prend le lit et a du délire le 25, plus de diarrhée après le 26. Reçu à l'hôpital le 29. Amaigrissement, langue sèche, abdomen distendu, température de 41°, hyperesthésie, catarrhe bronchique, pneumonie à la base droite, pas de taches ni de splénomégalie.

Le 2 décembre, la pneumonie entre en résolution, la fièvre tombe à 37°5. L'hyperesthésie persiste, le soir il y a un peu de fièvre. Le 12, 144 pulsations, des vomissements ; mort dans la nuit.

A l'autopsie : ulcérations des plaques de Peyer et des follicules clos ; végétations récentes de la valvule mitrale ; collapsus du poumon gauche, pus dans la plèvre droite ; plusieurs petits abcès dans le lobe inférieur du côté droit (streptocoques lancéolés).

Un autre garçon de trois ans, frère du précédent, présente du mal de tête le 19 novembre, puis mal de gorge, vomissements, délire le 24 novembre. Reçu à l'hôpital le même jour que son frère et dans le même état. Signes de pneumonie à la base gauche. Pas de taches ni de splénomégalie. Le 30 novembre, 40°5, pus 41°, diarrhée. Puis la température tombe à 38° pendant trois jours ; le 7 décembre 41°, la pnenmonie a cédé, mais il reste de la matité et une ponction donne du pus. Le 15 décembre, on fait la pleurotomie ; la fièvre persiste, et l'enfant meurt le 17. Autopsie : ulcérations des plaques de Peyer, empyème à gauche avec petits abcès du lobe inférieur gauche.

Enteric fever in childhood (3). — (*Fièvre typhoïde dans l'enfance*). — L. STOWLL a vu 61 enfants atteints de fièvre typhoïde, le plus jeune âgé de neuf mois.

Deux enfants tombèrent malades ensemble dans un logement mal tenu. Deux petits camarades, qui avaient passé beaucoup de

(1) Société d'obstétrique de Paris.
(2) *Brit med. journ.* 23 févr. 1901.
(3) *Arch. of Ped*, avril 1901.

temps près d'eux, furent atteints à leur tour. La contagion par les aliments est probable. Une fillette de 1 an fut prise en même temps que son père et sa mère.

Une enfant de dix-sept mois fut prise avec sa mère qui soignait sa sœur malade. Dans ce cas, il y eut rechute. Une famille de quatre enfants (trois, sept, dix et douze ans) tomba malade en septembre et octobre (1 cas de mort). Deux garçons (trois et cinq ans) présentèrent les symptômes typhoïdes en même temps.

Il a constaté 24 cas dans 10 familles; plusieurs de ces cas ont paru dériver du manque de précautions de la part des membres de la famille.

Le plus jeune enfant avait neuf mois. Deux de douze et dix-sept mois avaient leur mère atteinte de la même maladie. Un cas à deux ans, trois à trois ans, six à sept ans, à neuf ans et à onze ans; après douze ans, 1 ou 2 cas par année jusqu'à dix-sept ans.

Il y a eu dix-sept filles et vingt-huit garçons parmi les cas du dispensaire.

Outre les irrégularités dans la marche de la fièvre, on a noté de rares symptômes nerveux, des épistaxis fréquemment. Deux fois l'éruption de taches rosées a été générale. Date moyenne d'apparition : huitième jour. Cependant on a vu des taches le sixième jour et pas avant le douzième. Pendant les rechutes, nouvelle éruption.

Le pouls est compressible, peu résistant, d'une fréquence habituellement en rapport avec la fièvre. Il y a diminution des hématies et des leucocytes. La pneumonie augmente beaucoup ces derniers, ce qui peut servir à la différenciation. Dans 95 pour 100 des cas, la séro-réaction a été positive quoique souvent tardive.

Un garçon de seize ans est mort subitement au vingt-huitième jour; a-t-il eu une perforation intestinale ? Pas d'autopsie. Chez les autres enfants plus jeunes, pas de perforation. Hémorragies intestinales rares. Constipation pendant la première semaine, diarrhée ensuite (32 pour 100 des cas). STOWELL n'a observé que trois rechutes.

Parotidite chez une fillette de treize ans. Pneumonie du sommet droit, le quinzième jour chez un garçon de douze ans. Pneumonie encore chez une fille de quatre ans. La durée moyenne de la maladie a été de vingt-trois jours. La mortalité a été nulle.

Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilisatrice dans le sérum des typhiques. (1)— MM. F. WIDAL et L. LE SOURD ont cherché, par le procédé de fixation de BORDET, l'époque d'apparition de la sensibilisatrice dans le sérum de cobayes inoculés sous la peau avec une culture de bacilles typhiques.

Chez deux animaux, la sensibilisatrice a apparu cinq jours

(1) Société de biologie, séance du 27 juillet 1901.

après l'inoculation, en même temps que la réaction agglutinante. Chez un troisième, la sensibilisatrice a précédé d'un jour l'apparition de l'agglutinine. Chez un quatrième, au contraire, c'est l'agglutinine qui a paru la première.

Chez les malades typhiques soumis à leur observation, ils ont constamment retrouvé la réaction agglutinante et la réaction de fixation. Dans aucun cas, cette double recherche n'a pu être faite dans les premiers jours de la maladie. La dissociation des deux phénomènes peut, cependant, s'observer en clinique. C'est ainsi que, chez un jeune homme convalescent depuis quatre mois d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, la réaction agglutinante n'était plus décelable, alors que la réaction de fixation présentait encore une netteté remarquable.

Le fait clinique, suivant eux, a paru également intéressant à rapporter. Chez un jeune homme convalescent depuis huit jours d'une troisième rechute de fièvre typhoïde, le sérum agglutinait à 1 p. 100 et la réaction de fixation présentait l'aspect le plus net. Dix jours plus tard, le malade faisait une quatrième rechute à évolution classique, avec courbe en plateau, hypertrophie de la rate, diazoréaction, taches rosées.

The abortive treatment of pneumonia, cartarrhal ad croupous, in infants and children (1) (*Traitement abortif de la broncho-pneumonie et de la pneumonie dans la première et la seconde enfance*). — H. ILLOWAY (1) croit qu'il est possible de juguler la pneumonie et la broncho-pneumonie chez les enfants.

Premier cas. — Garçon de neuf mois, nourri au sein, bien portant, famille saine et aisée. Le 10 avril 1876, cris, toux, fièvre. Il était un peu enrhumé depuis quelques jours. Quelques râles sonores à l'auscultation. Diagnostic : bronchite des grosses bronches. Potion expectorante (acétate d'ammoniaque, esprit de nitre, sirop d'ipéca). Le 12, moins de fièvre, toux plus grasse. Le 13, fièvre plus vive, somnolence, toux sèche, pénible, succion gênée : 10 centigrammes de quinine toutes les trois heures. Le 14, aggravation, fièvre plus vive, l'enfant refuse le sein. Râles plus fins, la bronchite semble se capillariser. Le 15, fièvre plus forte, torpeur, râles abondants (broncho-pneumonie). On prépare une solution contenant par cuillerée à café 3/4 de goutte de teinture de *veratrum viride* et 1/4 de goutte de teinture d'aconit ; on donne une cuillerée à café toutes les heures et demie. Le 16, la fièvre est tombée, pour ne plus revenir. La toux continue encore dix jours. Guérison.

Deuxième cas. — Fille de quatre ans, rougeole à trois ans, depuis, toux habituelle. Le 10 octobre 1874, fièvre vive après un rhume datant de dix jours, toux fréquente. Râles sibilants. Quinine (10 centigrammes), toutes les trois heures, carbonate d'am-

(1) *Pediatrics.*

moniaque avec mucilage et sirop, lotions vinaigrées, whisky. La maladie traîne trois semaines ; guérison.

Troisième cas. — La même, à l'âge de huit ans, va à l'école. Le 1er janvier 1878, fièvre et toux le soir ; le lendemain, elle retourne à l'école, quoique la toux ait persisté. Le 8 janvier, retour de la fièvre, soif vive, toux sèche. Le 11, hyperthermie, abattement, signes physiques plus accusés. Durée : vingt-cinq jours.

Quatrième cas. — La même, à l'âge de onze ans ; le 5 mars 1822, état grave après un rhume datant de quelques jours. Hyperthermie, toux pénible, râles sonores et crépitants (broncho-pneumonie). On prescrit :

℞ Teinture de veratrum viride.	VI gouttes.
Teinture de racine d'aconit.	II gouttes.
Eau distillée.	ãã 60 grammes
Sirop de tolu.	

Donner une cuillerée à café toutes les demi-heures jusqu'à cinq, puis toutes les heures.

Le soir même l'enfant allait mieux, la fièvre était tombée ; guérison presque immédiate.

Cinquième cas. — Garçon de quinze mois, vu le 22 février 1885. Toux depuis cinq jours, fièvre, nombreux râles sonores. Diagnostic : broncho-pneumonie. Prescription de teinture de *veratum viride* et aconit. Guérison rapide.

Sixième cas. — Fille de onze ans, prise de pneumonie le 10 juin 1899. Même traitement. Guérison.

Septième cas. — Fille de quatre ans (broncho-pneumonie) ; id.

Huitième cas. — Garçon de vingt-deux mois (broncho-pneumonie), id.

Le Stridor congénital (1).— M. Léon Cerf (d'Angers). — Il est des enfants chez lesquels on remarque, dès la naissance ou peu de temps après, une respiration retentissante. Ce bruit, dont le maximum est nettement inspiratoire, mais qui peut empiéter sur l'expiration, a un caractère, un timbre différents suivant les cas ; il varie d'intensité avec les circonstances, mais il est continu et persiste même pendant le sommeil. Il s'accompagne ou non de cyanose et de tirage. Parfois, les enfants n'en semblent pas incommodés et se développent normalement ; dans d'autres cas, on a vu se produire des accidents graves.

Cet ensemble symptomatique a été décrit sous des noms divers, le plus souvent sous celui de *Stridor congénital.*

Quand on lit toutes les observations publiées sous le titre *Stridor congénital,* on est frappé de voir qu'elles ont trait à des faits absolument dissemblables. L'étude pathogénique s'est ressentie de ce défaut de précision dans l'observation clinique ; et de mul-

(1) Congrès périodique de Gynécologie, Obstétrique et Pœdiatrie. — Nantes. — Séance du 24 septembre 1901.

tiples théories ont été émises pour expliquer cette respiration bruyante des nouveau-nés.

Or, toutes ou presque toutes ces théories sont justes; mais chacune d'elles s'applique à des cas particuliers. Où l'on se trompe, c'est lorsqu'on veut en généraliser la portée, expliquer par *une* théorie la pathogénie de *tous* les cas observés.

Il n'y a pas un Stridor, congénital, *maladie* due à une cause unique, se traduisant par une symptomatologie précise, avec une évolution régulière. Il y a un *symptôme* respiration stridoreuse, pouvant être observé chez les nouveau-nés dans plusieurs états pathologiques différents. Il faudrait, pour faire de ce symptôme un exposé précis, mettre en relief les caractères qui le différencient nettement dans les diverses affections au milieu desquelles on peut l'observer, et la dissection de cette synthèse artificielle, que l'on a créée sous le nom de *Stridor congénital*, mettrait en lumière les éléments suivants :

Le cornage vestibulaire congénital.
Le ronflement des adénoïdiens.
Le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique.
Le cornage dans l'hypertrophie du thymus.
Le cornage dans la laryngite obstétricale.
Le cornage d'origine nerveuse.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Leçons de choses et matériel scolaire au point de vue de l'hygiène (1). Dr FOVEAU DE COURMELLES. — L'hygiène de l'enfant, le futur candidat à la tuberculose, si l'on n'y veille ou s'il ne l'est déjà, doit recevoir les deux améliorations suivantes :

1° L'enseignement au grand air, quand la saison le permet ; au point de vue pédagogique, bien des *leçons de choses,* par les sens. la vue, le toucher,... seront ainsi rendues plus claires, plus tangibles ; au point de vue de la prophylaxie des maladies évitables, comme la tuberculose, il est inutile de vanter l'action bienfaisante de l'air extérieur. Dans les campagnes surtout, où le nombre des élèves est plutôt faible et l'espace considérable, cette mesure serait des plus faciles à appliquer immédiatement.

2° La réforme du mobilier scolaire et le remplacement, par des tables rationnelles, des tables actuelles, uniformes pour des enfants de tailles différentes, courbant de longues heures et pendant des années ces enfants dont les poumons sont ainsi comprimés et ne peuvent prendre leur entier développement. Au fur et à mesure que l'ancien matériel s'use, ne peut-on le remplacer en tenant compte des progrès hygiéniques réalisés ?

(1) Congrès d'Ajaccio de l'Association française pour l'avancement des sciences (septembre 1901).

Photothérapie, faits et résultats (1). — Dr Foveau de Courmelles. — Les rayons X m'ont donné en 1898 une légère amélioration du lupus, et en 1900 une guérison complète, pour un lupus très étendu de la face ; mais ils sont difficiles et dangereux à manier. Aussi, avec M. G. Trouvé, avons-nous, les premiers (*Institut*, 24 décembre 1900), modifié heureusement le traitement encore plus complexe, par la lumière chimique, de Finsen, de Copenhague, mais si puissant dans la cure du lupus, de certains épithéliomas... Une lampe à incandescence à charbon spécial ou à arc voltaïque, de 5 à 15 ampères, est : 1° placée beaucoup plus près du patient, ce qui nécessite une moindre énergie, et 2° disposée au foyer d'un miroir parabolique ; on complète d'un concentrateur tronconique, double lamelle de quartz, compresseur et grande circulation d'eau, pour remplacer l'appareil solaire ou l'arc de 80 ampères de Finsen. Le lupique s'appuie aussi fort que possible sur le compresseur de l'appareil, et ce n'est que dans ces conditions que les hématies chassées, la lumière chimique opère : ramollissant les chéloïdes, fistulant et dégonflant rapidement les abcès froids, guérissant en 2 ou 3 séances une plaque de lupus vulgaire... Un appareil sphéroïdal avec charbons voltaïques centraux permet de ramener au centre les rayons réfléchis normalement sur l'enveloppe intérieure; par suite, sans déperdition lumineuse, peut-on, à l'hôpital, agir sur plusieurs malades à la fois. Le Foveau-Trouvé ou Finsen simplifié actuellement appliqué à l'hôpital Saint-Louis dans plusieurs services (Dr du Castel, Balzer...) y a donné et donne encore les heureux résultats dont nous donnons des observations médicales détaillées. Il permet à volonté d'utiliser telle ou telle lumière, telle ou telle radiation, grâce à ses pièces interchangeables : une sciatique, une névralgie, un rhumatisme se trouveront bien de la lumière et de la chaleur radiante combinées ; alors qu'on ne laissera passer que les rayons chimiques par circulation d'eau et quartz, contre les affections cutanées.

Traitement de la chorée par l'immobilisation. — M. Albert Robin présente à l'Académie de médecine (2), au nom de M. Huyghe (de Lille), un travail sur le traitement de la chorée par l'immobilisation. Le choréique est chloroformisé d'une façon incomplète, l'anesthésie n'étant même pas recherchée, puis un massage vigoureux est opéré sur les membres atteints ; le massage terminé, et toujours sous chloroforme, les membres sont placés dans des gouttières et immobilisés durant cinq à six jours, puis le pansement enlevé. S'il persiste quelques mouvements, si minimes soient-ils, nouvelle intervention et immobilisation.

Divers genres de chorée furent traités de la sorte : chorées

(1) Congrès d'Ajaccio de l'Association française pour l'avancement des sciences (septembre 1901).

(2) 30 juillet 1901.

arythmiques hystériques, chorées chez des rhumatisants et anciens rhumatisants, chorée gravidique, chorée hystérique franche.

Jusqu'ici on n'a pas eu à noter d'insuccès.

Selon l'auteur, la guérison tient à l'auto-suggestion. Le malade ne voit plus ses membres, il oublie donc de bouger, de là le soin de replacer les malades en gouttières lors de la persistance des mouvements de façon à en empêcher la rééducation. La médication est inoffensive et peut être appliquée dans tous les cas et dans tous les milieux.

Varicocèle ; décortication du scrotum suivant le procédé de Pilon. — M. Courtin F. présente à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (1) un jeune homme de quatorze ans et demi, chez lequel il a pratiqué une décortication du scrotum suivant le procédé de Piton pour un varicocèle volumineux qui occasionnait des douleurs assez vives pendant la marche. L'état général du sujet était bon : légère hypertrophie cardiaque de croissance. Depuis quelque temps cependant, crises de mélancolie, l'enfant ne pouvant plus se mêler aux jeux de ses camarades.

Les procédés opératoires anciens s'accompagnaient d'hémorragies parfois dangereuses et d'hématomes qui nuisaient à la réparation. Avec l'opération de Piton, on est au-dessous du dartos, dans la couche celluleuse, et l'on n'a pas une goutte de sang.

Projet d'entente internationale dans la lutte contre la tuberculose. Une commission sanitaire — (2). — Bernheim s'est adressé à un très grand nombre de phtisiologues de tous les pays d'Europe pour leur demander comment leurs gouvernements respectifs avaient organisé la lutte contre la tuberculose. La plupart des savants ont répondu que cette défense était à peine ébauchée, et qu'il restait beaucoup à faire. Mais le docteur Bernheim ajoute que même des mesures prophylactiques bien comprises et rigoureusement appliquées dans un seul pays, dans une seule contrée, n'auraient pas de résultats définitifs. En effet, les relations commerciales et industrielles sont aujourd'hui si intimes entre les différentes nations, les trafics et les transactions internationaux sont si nombreux, que fatalement des échanges entraînent des faits de contagion, et les mesures d'hygiène prises dans un pays unique ne pourraient être jamais couronnées de succès. C'est pourquoi le docteur Samuel Bernheim propose à ses collègues du Congrès la nomination d'une commission internationale semblable à celle qui fonctionne pour le choléra et la peste. Cette commission, où tous les pays auront un ou plusieurs représentants autorisés, se réunira sur un terrain neutre, afin d'étudier les moyens les plus efficaces pour la défense commune contre la tuberculose. Les savants édicteront des mesures prophylactiques qui auront partout force de loi, parce que leur application sera rendue obligatoire par les divers gouvernements.

(1) Séance du 19 juillet 1901.
(2) British Congress on tuberculosis, London.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la dacryocystite congénitale (1). — ELIASBERG (de Vitebsk, en Russie). — A propos de deux cas de dacryocystite congénitale, observés le premier chez une fillette de 5 jours et le deuxième chez une autre de 15 jours, ELIASBERG résume les observations, publiées jusqu'à présent, de cette affection qui n'est pas très fréquente, et en expose la nosographie. Peu de temps après la naissance, apparaît dans l'angle lacrymal d'un œil, le gauche plus souvent que le droit, et chez les fillettes plus souvent que chez les garçons, une petite quantité de pus, qui ferait penser au début d'une ophtalmie ; mais, signe pathognomique, la sécrétion muco-purulente sort du point lacrymal quand on exerce une pression sur la région lacrymale. Seulemnet, dans quelques cas exceptionnels, la sécrétion, au lieu d'apparaître dans le sac lacrymal, sort par la narine. (*Dans ces cas, pour confirmer le diagnostic, il est bon d'instiller quelques gouttes de fluorescine, en solution* 2 0/0, *avec carbonate de soude* 3 0/0, *dans le sac conjonctival ; attendre quelques instants, introduire dans la narine du même côté une mèche de coton hydrophile, et presser graduellement, de haut en bas, sur la région du sac lacrymal. Presque toujours, on retirera la mèche imbibée de sécrétion colorée par la fluorescine, ce qui prouvera aussi une certaine persistance de perméabilité des voies lacrymales, malgré leur affection*).

En ce qui concerne la pathogénie, la plupart des oculistes s'accordent à attribuer la dacryocystite congénitale des nouveau-nés plutôt à un défaut de perméabilité du canal naso-lacrymal, occasionnant la stase de la sécrétion muqueuse physiologique, qu'à une affection primaire de la muqueuse du sac ou du canal. La cause de l'obstruction, presque toujours relative et non pas absolue, pourrait se trouver dans la persistance ou la disparition incomplète du tissu embryonnaire, gélatineux, qui remplit le canal nasal pendant la vie intra-utérine. Ce tissu est appelé à la métamorphose régressive et à l'élimination totale ; ce qui peut s'accomplir pendant les premiers temps de la vie extra-utérine et amener la dacryocystite congénitale à la guérison spontanée, comme le cas s'en vérifie non rarement. En tout cas, la thérapeutique de l'affection doit se borner essentiellement à la pression, souvent répétée, de la région lacrymale, suivie de lavage du sac conjonctival par un collyre légèrement astringent et antiseptique. Il ne faut avoir recours à la sonde qu'en dernier lieu, et avec la plus grande délicatesse de manœuvre, pour glisser les calibres les plus fins. On essayera toujours, pour commencer, la simple dilatation du canalicule au stylet, suivie d'injection à l'aide de seringue armée de canule spéciale. A. ANTONELLI.

(1) *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, mars 1901.

Zehnter Bericht von Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinder-Krankenhaus. (*Dixième compte rendu de l'hôpital d'enfants Empereur et Impératrice Frédéric*), par le Dr BAGINSKY (Broch. de 50 pages, Berlin, 1901).

Le bel hôpital d'enfants que dirige à Berlin le professeur BAGINSKY a reçu, pendant l'année 1900, 2 601 enfants dans les salles et 6 997 enfants à la polyclinique, soit en tout : 9 264. Voici la mortatité sur 703 nourrissons, il y a eu 359 morts, soit 51, 6 p. 100. Sur ces 2 601 enfants soignés dans les salles, on a compté 624 décès, soit 23,9 p. 100.

Einige praktisch Wichtige Missbildungen (*Quelques malformations importantes en pratique*). — Dr Fr. von TORDAY (1) examine les malformations les plus importantes avec lesquelles le chirurgien d'enfants se trouve aux prises. On trouve dans ce travail : les malformations craniennes et spinales, celles de la face, celles de l'abdomen et du bassin, l'exstrophie vésicale, l'épi et l'hypospadias, les atrésies ano-rectales, les malformations des membres (manopédie, absence du radius, du cubitus, du tibia et du péroné, luxation congénitale de la hanche, luxation congénitale du genou, pied-bot, etc.). M. TORDAY indique les opérations convenables aux différents cas. Son travail est donc pratique, et de nombreuses figures le rendent encore plus intéressant et clair.

Le livret de bébé, par le Dr BARJON. — Dans ce petit opuscule se trouvent réunis l'ensemble des préceptes indispensables à une mère pour mener à bien la période si difficile de l'allaitement et du sevrage de son bébé, en évitant le danger si répandu de la suralimentation, cause de tant de décès du premier âge.

Une partie du volume est destinée à recevoir les observations quotidiennes ou hebdomadaires des parents, concernant l'alimentation à laquelle est soumis le nourrisson, sa croissance et les détails de sa santé.

Un tableau graphique, où s'inscrit chaque semaine le poids du nouveau-né, accompagne ce petit volume.

Les prompts secours en action, par le Dr COURGEY. — Descriptions de scènes vécues, avec accidents, ou indispositions subites, à l'occasion desquelles sont décrites les précautions indispensables à chaque cas particulier avec les recommandations de ce qu'*il faut et ne faut pas faire ;* tel est ce petit livre.

Ce livre fait partie des ouvrages de science médicale pratique à l'usage des familles, réunis dans la Petite Bibliothèque de *la Jeune Mère.*

(1) *Wiener Klinik*, janvier 1901.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

LES CONGRÈS

Le 69e Congrès de « l'Association médicale britannique » a été tenu cette année à Cheltenham du 31 juillet au 2 août 1901. Nous dirons quelques mots de ce qui a été fait dansla Section des maladies des Enfants.

CONGRÈS DE CHELTENHAM

TRAITEMENT DE L'INTUSSUSCEPTION CHEZ LES ENFANTS

Résumé du rapport du Dr BERNARD PITTS,

Chirurgien à l'hôpital des Enfants Malades de Great Ormond Street.

Dans un mémoire paru en juin 1897 dans *The Lancet*, intitulé : « Sept cas consécutifs d'Intussusception chez les enfants traités par la laparatomie avec six guérisons », j'avais posé les conclusions suivantes :

1o Dans les cas récents d'intussusception aiguë, on doit tenter tout d'abord sous anesthésie la distension de l'intestin par l'eau ou l'air en même temps que l'on fait du massage externe, tout en se tenant prêt à intervenir chirurgicalement, si on n'obtient pas rapidement un résultat. En général,cette méthode réduit la plus grande partie de la tuméfaction, mais laisse une portion irrégulière dans les régions lombaire et iliaque droite : il faut continuer à surveiller l'état du malade, et se tenir prêt à faire la laparatomie.

2o L'intervention doit être immédiate, lorsque les symptômes sont graves ou que le cas est chronique, en n'oubliant pas que le temps passé à faire l'insufflation facilite le développement du choc opératoire.

3o L'incision médiane convient dans la majorité des cas, et il est bon de tirer en dehors tout le paquet intestinal afin de vérifier le siège de l'intussusception et pour être sur que la réduction est complète. Un épaississement au niveau de la valvule iléo-cæcale peut être pris pour une réduction incomplète.

4o Si la réduction est impossible, une résection au niveau du côlon est la seule chance ; mais s'il y a de la gangrène, l'issue est fatale.

Telle était ma manière de voir en 1897. Depuis, l'expérience

de 115 cas nouveaux traités à l'hôpital Saint-Thomas me permet de déterminer s'il y a un traitement immédiat à employer en dehors de l'opération. Sur ces 115 cas, 105 appartiennent à des enfants au-dessus de 12 ans avec 36 guérisons : 13 ont guéri après traitement par insufflation et manipulation et 23 après laparatomie.

Les cas d'intussusception deviennent plus fréquents parce que les médecins les diagnostiquent plus rapidement, sachant qu'ils ont d'autant plus de chance de guérison qu'on les envoie plus tôt à l'hôpital, parce qu'ils sont opérés presque immédiatement, avant que la gangrène se soit développée. Dans beaucoup de cas, tout à fait au début, l'insufflation d'air ou d'eau suffit à faire disparaître l'intussusception : dans d'autres cas on peut adjoindre à cette méthode un léger massage pratiqué au niveau de la tuméfaction, et il arrive qu'on sent cette tumeur diminuer par ce massage combiné à l'insufflation gazeuse ou liquide, sans que l'on puisse affirmer que la réduction soit complète.

Même quand on fait la laparatomie, il est souvent difficile de se rendre compte si la réduction est complète, car il arrive que l'épaississement qui persiste est dû soit à de l'œdème, soit à une portion de l'intussusception qui n'est pas réduite, soit à quelque complication, comme un polype ou un diverticule de Meckel, ou à une inversion de l'appendice.

C'est cette incertitude sur l'état de l'intestin qui fait que le chirurgien préfère l'intervention pour pouvoir examiner l'intestin: on ne saurait tabler sur l'espace de temps qui s'est écoulé depuis le début des premiers symptômes : c'est comme dans la hernie étranglée, avec cette différence que dans l'intussusception chez les enfants, on trouve constamment une tuméfaction des ganglions mésentériques, ce qui s'oppose souvent à la réduction complète. Je crois qu'on doit tenter l'insufflation dans les cas qui sont encore près du début des symptômes, et dont l'évolution ne paraît pas très aiguë.

A l'hôpital, les cas d'intussusception doivent être opérés pour la plupart : on peut d'abord faire l'insufflation qui n'a d'autre effet que de délimiter exactement le champ opératoire. Même s'il semble que la réduction est complète, il est bon de le vérifier, par une petite incision, sans quoi on resterait dans le doute et plus tard il y aurait une récidive, ou bien il se ferait une sténose chronique.

L'insufflation par l'eau se fait plus aisément que par l'air, et elle est dépourvue de danger à condition qu'on la fasse pénétrer lentement et sans pression.

Si on fait la laparatomie chez un jeune enfant, il est nécessaire d'atténuer le choc opératoire en plaçant l'enfant sur un coussin rempli d'eau chaude et d'entourer ses extrémités d'ouate : l'opération doit se faire rapidement. Lorsque l'abdomen est très

distendu et que la situation de la tumeur n'est pas très nette, il vaut mieux faire l'incision sur la ligne médiane et veiller à ce que l'intestin grêle ne s'échappe pas en dehors de la plaie. Il est utile d'attirer en dehors une des anses distendues, et par une petite incision laisser échapper l'air et le contenu intestinal, puis on ferme la petite incision, et on peut ensuite examiner avec plus de facilité.

Un des accidents les plus fréquents de la réduction de l'intussusception est la production d'une fente de la couche péritonéale de la partie engainante. Il faut réduire avec précaution, en prenant sur l'extrémité de l'intussusception plutôt qu'en tiraillant sur l'intestin engainé. Quand la réduction est impossible, il faut avoir recours à la résection de toute la partie. De même lorsqu'on constate l'existence de la gangrène, surtout chez un jeune enfant, il faut faire la résection et placer des tubes dans les extrémités de l'intestin, après l'avoir attiré en dehors de l'abdomen ; on fixe à la paroi péritonéale les deux extrémités de l'intestin, on les entoure d'un pansement antiseptique, puis, plus tard, on poursuivra l'opération.

Dans les cas d'intussusception chronique, le diagnostic est souvent difficile, et on peut la confondre avec la péritonite tuberculeuse ou l'appendicite chronique. Sur les 105 cas que j'ai observés chez les enfants, je n'ai constaté que deux cas chroniques.

Voici les conclusions que j'établis comme modifications de celles que j'avais posées en 1897 :

1° N'essayer l'insufflation que lorsqu'on a affaire à un cas tout à fait voisin du début, et qui n'a pas un caractère très aigu. Dans la majorité des cas à l'hôpital, il vaut mieux faire immédiatement la laparatomie.

2° On peut encore essayer l'insufflation dans certains autres cas, quand on veut obtenir la réduction de la partie principale de l'intussusception, ce qui permet de faire plus directement l'incision sur le cæcum.

3° Quand la réduction est impossible dans les cas chroniques, il faut faire la résection en faisant l'incision dans la partie engainante de l'intestin.

4° Dans les cas aigus, surtout quand il existe de la gangrène, ou que l'état de l'intestin exige son ablation, il faut faire une résection aussi large et aussi rapidement que possible, et maintenir les deux bouts en dehors de l'abdomen ; dans une opération ultérieure, on rétablira la continuité.

5° Dans les cas exceptionnels d'intussusception entérique, la résection et la restauration immédiate sont la seule chance de succès.

Le Dr D'ARCY POWER, chirurgien à l'hôpital Victoria des Enfants, donne sa statistique personnelle pour les dix dernières années.

Il n'est pas partisan du traitement par l'irrigation intestinale : il fait la laparatomie aussitôt que possible ; il réduit l'intussusception sans attirer la partie malade dans l'ouverture, à moins qu'il ne soit impossible de faire autrement pour obtenir la réduction. Il termine en insistant sur la rareté de cette maladie, et le mode curieux de distribution des divers cas dans ces dernières années.

Le Dr William Mc Adam Eccles, chirurgien de West London Hospital, insiste sur l'importance de faire un diagnostic rapidement ; et comme les cas se rencontrent surtout dans les classes pauvres, c'est à l'hôpital qu'ils sont soignés; et une laparatomie immédiate pour pouvoir faire facilement la réduction est la première des indications. Elle doit toujours se faire sous anesthésie, et la rapidité de l'opération est une chance de succès : elle ne doit pas durer plus d'un quart d'heure. Inutile de faire des sutures profondes, pourvu qu'elles embrassent les diverses couches. Il faut remarquer l'importance des soins donnés après l'opération : l'enfant ne doit pas être remis au sein aussitôt que possible ; il vaut mieux lui donner le lait qu'on tire par une cuiller à café, l'acte de la succion excitant les mouvements péristaltiques, et pouvant reproduire l'intussusception ; pour la même raison, il est bon de donner quelques gouttes de teinture d'opium pour obtenir le repos de l'intestin. Un lavement de lait chaud dans le rectum semble très utile dans les cas où l'opération est suivie de collapsus.

Suivant le Dr Tubby, chirurgien de l'Evelina Hospital pour les enfants malades, la fréquence de la récidive de l'intussusception après l'injection ou l'insufflation est due à ce que la réduction n'est jamais complète : en effet, même après une laparatomie, on ne peut être certain que la réduction soit parfaite : aussi croit-il que dans les cas tout à fait au début, la laparatomie est la méthode de choix. Il explique l'élévation rapide de la température qui se produit dans les cas terminés par la mort par une thrombose septique des veines mésentériques qui correspondent à la partie supérieure de l'invagination.

D'après le Dr Abbott, chirurgien à Saint-Thomas Hospital, les cas qu'on observe à l'hôpital doivent être traités par la laparatomie, parce que dans ce milieu, toutes les conditions sont favorables ; mais si on est appelé à la campagne, on doit tout d'abord essayer les autres moyens. Il insiste sur la difficulté du diagnostic différentiel avec la péritonite tuberculeuse. Dans les cas de shock, il conseille de faire des injections de sérum.

Le Dr Paul Bush croit que c'est perdre un temps précieux que d'essayer l'insufflation et les méthodes analogues : personne ne

peut être assuré que de cette manière la réduction soit complète ; de plus, l'intestin des enfants ne supporte pas la pression de plus d'un certain volume d'eau ; dans un cas d'infection de la cavité péritonéale, moins on fait de lavages, mieux cela vaut pour le malade.

Le Dr Sinclair White, chirurgien honoraire de l'hôpital royal de Sheffield, tout en étant partisan de la laparatomie immédiate, dit qu'on ne doit pas rejeter complètement les autres méthodes : il explique l'hyperthermie consécutive à l'opération par des troubles des centres thermogènes. Quant à l'opération, il vaut mieux sortir le paquet intestinal, en le tenant aussi chaud que possible, car cela permet de l'examiner complètement : la formation d'un anus artificiel est une mauvaise chose, comme le prouve la grande mortalité qu'on observe dans ces cas.

Le Dr Lewis Marshall, chirurgien à l'hôpital des enfants à Nottingham, adopte la laparatomie comme méthode de choix ; il insiste sur l'emploi de la strychnine pour diminuer le shock.

Le Dr Charles Firmin Cuthbert est partisan de la laparatomie précoce : il serait regrettable de perdre un temps précieux à essayer de l'insufflation ou toute autre méthode, d'autant plus que les praticiens des campagnes peuvent toujours trouver près de chez eux un hôpital où ils auront l'aide chirurgical dont ils ont besoin.

Le Dr Foljambe, de Cheltenham, considère la laparatomie comme indispensable, alors même que les résultats de l'insufflation semblent satisfaisants : la ponction de l'intestin avant l'opération est une excellente pratique qui diminue le shock.

Le Dr Mansel Sympson, chirurgien de l'hôpital du Comté de Lincoln, adopte la laparatomie précoce, et explique l'hyperpyrexie par une infection septique provenant de l'intestin : l'établissement d'un anus artificiel est toujours une opération grave.

Le professeur M. Phedran, de Toronto, croit qu'avec un diagnostic précoce, la laparatomie est indiquée.

Le Dr Blackader, de Montréal, conseille l'abstention des purgatif et ne permet les lavements que lorsqu'il n'y a aucun symptôme d'obstruction, et dit qu'il faut se hâter d'avoir recours à l'intervention chirurgicale.

Le Dr Frédérick Batten, de l'hôpital des enfants malades de Great Ormond Street, croit que l'invagination est due à la mauvaise alimentation et à l'usage excessif des purgatifs : de là sa fréquence dans les classes pauvres, et il insiste sur la rareté de cette maladie en France.

Le Dr Frédéric Eve, chirurgien du London Hospital, président de la section, combat l'insufflation ou l'injection ; en quoi il est d'accord avec la plupart des orateurs précédents : ces méthodes sont en effet souvent suivies d'un résultat illusoire ou de réduction partielle : le temps passé à ces méthodes est un retard pour l'opération ; de plus, ce sont des pratiques hasardeuses et non scientifiques : elles ne peuvent avoir aucun effet dans les cas d'invagination commençant dans l'intestin grêle, la valvule iléo-cæcale s'opposant au passage de l'eau ou même de l'air du gros intestin dans l'intestin grêle.

DE L'HYDROPISIE ESSENTIELLE DU TOXHÉMIQUE : HYDROPISIE SANS ALBUMINURIE

Par le Dr HERRINGHAM,
Médecin de Saint-Bartholomee Hospital.

Les livres classiques ne s'occupent que fort peu de l'anasarque généralisée qu'on peut observer aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, sans qu'il existe de lésion du cœur, et sans que les urines renferment de l'albumine.

Les causes en sont fort obscures : on incrimine le froid (Rillet Barthez), suite de scarlatine, anémie ; la marche n'en est pas régulière ; parfois, après avoir pris froid, on constate de la fièvre, un malaise général, de la rachialgie qui précèdent l'anasarque ; parfois l'hydropisie s'installe sans peine ; souvent, l'anasarque se complique d'ascite et d'hydrothorax ; quelquefois on observe en même temps de la bronchite, de la pneumonie, de la diarrhée. L'œdème commence soit par les membres inférieurs, soit par la face, soit par les membres supérieurs, et fait penser à une anasarque d'origine rénale ; l'urine est parfois chargée ; d'autres fois, elle est claire, de densité variable ; mais elle ne renferme pas d'albumine.

A l'autopsie, les lésions ne sont pas constantes ; à l'œil nu les reins paraissent sains et l'examen microscopique est négatif.

S'agit-il réellement d'une néphrite ? Par les symptômes et par l'étiologie, il s'agirait bien d'une néphrite : on a vu des lésions nettes du rein dans des cas de néphrite post-scarlatineuse dans lesquels l'urine était restée normale ; néanmoins il faut admettre qu'il peut exister des cas d'anasarque généralisée sans néphrite.

On ne peut pas non plus admettre que ces cas d'œdème généralisé dépendent d'un état anémique : je crois plutôt qu'il s'agit de quelque toxine, analogue à celle de la scarlatine, qui produit non seulement la néphrite ou l'anémie, mais aussi l'œdème, celui-ci n'étant pas la conséquence, mais coïncidant avec l'inflammation du rein ou la perte des globules sanguins : la scarlatine et le froid sont les deux causes les plus fréquentes de la néphrite aiguë : dans la scarlatine, la néphrite est due à un poison microbien : le froid peut aussi déterminer une invasion microbienne en diminuant la

résistance. Ce sont là deux états toxiques du sang : on peut supposer que dans certains cas ils produisent l'anasarque sans enflammer le rein, et que dans d'autres ils déterminent à la fois l'œdème et la néphrite : dans ce dernier cas, c'est le mal de Bright ; dans l'autre, ce sont les cas auxquels il a été fait allusion.

Comme traitement de l'œdème, on a recommandé les enveloppements humides, les bains chauds, l'air chaud ; contre l'anémie, on prescrit le fer. Je conseille en même temps que le sirop d'iodure de fer, de l'arsenic, le régime lacté et la digitale, afin d'augmenter la diurée qui seule peut faire diminuer l'œdème.

CONGRÈS DE NANTES

Le troisième congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie s'est ouvert à Nantes le 24 septembre 1901.

SECTION DE PÉDIATRIE

Discours de M. SEVESTRE, président du Congrès.

MESDAMES, MESSIEURS,

En me conférant la présidence du Congrès qui s'ouvre aujourd'hui, mes collègues m'ont fait un honneur dont je sens tout le prix ; je suis très fier de ce témoignage de leur sympathie, et ma joie serait complète, si elle n'était tempérée par le sentiment de la responsabilité qui m'incombe. Je ne saurais oublier, en effet, que j'ai eu pour prédécesseurs dans cette fonction deux hommes comme le professeur TARNIER et le professeur PINARD.

En prononçant la clôture du Congrès de Bordeaux en 1895 et en ajoutant que la prochaine session aurait lieu à Marseille, trois ans plus tard, le professeur TARNIER disait : « Je souhaite que nous puissions tous nous y retrouver. » Des applaudissements unanimes saluèrent cette phrase, dans laquelle on se plaisait à voir un engagement pour l'avenir ; malheureusement, le maître aimé n'est plus là pour nous encourager ; permettez-moi du moins d'adresser à la mémoire de celui qui fut le premier président de ce Congrès, le tribut de nos regrets et de notre admiration pour ses travaux. J'ai grand plaisir et aussi grand profit à retrouver ici le professeur PINARD, président du Congrès de Marseille, et le secrétaire général de ce Congrès, le professeur QUEIREL. Le docteur SEGOND, vice-président à Marseille, est aujourd'hui président de la section de gynécologie ; je suis heureux de pouvoir compter sur leur précieux concours.

MONSIEUR LE MAIRE,

Au nom de tous mes collègues, je vous remercie de l'accueil si sympathique que vous avez bien voulu nous témoigner et des

paroles de bienvenue dont vous avez salué notre arrivée dans la ville que vous représentez avec tant de distinction. Nous savions, du reste, qu'en venant à Nantes, *nous y serions bien*, et que nous y trouverions les conditions nécessaires pour assurer le succès de ce Congrès.......

Messieurs, le Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie est tout jeune encore; c'est en 1895, à Bordeaux, qu'il vit le jour, et, comme le professeur TARNIER, qui présidait cette première réunion, déclarait que le nouveau-né était plein de vie et qu'il promettait, on décida qu'une autre session aurait lieu trois ans plus tard, en 1898, à Marseille ; là, sous la présidence du professeur PINARD, le succès ne fut pas moins brillant, et c'est sans discussion que fut alors votée définitivement la périodicité du nouveau Congrès, les sessions devant se succéder à trois ans d'intervalle, dans les différentes villes de France. C'est également sans discussion que fut fixé le choix de la ville qui devait être le siège de la troisième session; sans méconnaître les titres de plusieurs autres villes et en particulier de Rouen, les membres du Congrès décidèrent, à l'unanimité, de se réunir à Nantes en 1901. Il y avait à ce choix plusieurs raisons que je signalais il y a peu d'instants, mais sur lesquelles je vous demande la permission d'insister un peu plus.

Tout d'abord, nous savions tous quelle avait été dans le passé, quelle était encore dans le présent la valeur de l'Ecole de médecine de Nantes. Ce n'est pas ici, au moment même où l'on se prépare à inaugurer les monuments destinés à perpétuer leur souvenir, qu'il convient de dire ce que furent CHASSAIGNAC et MAISONNEUVE ; je laisse ce soin à des voix plus autorisées que la mienne; mais, du moins, il me sera bien permis de rappeler la place distinguée qu'occupent à Paris les élèves de l'Ecole de médecine de Nantes; ils y arrivent en général munis de connaissances supérieures à la moyenne, et ils apportent, en outre, une vive ardeur au travail et une curiosité de bon aloi, tempérée par un jugement droit. Aussi, la ville de Nantes est-elle, si je ne me trompe, celle qui, après Paris, a fourni le plus grand nombre d'internes en médecine des hôpitaux de Paris.

C'est par là que commencent les candidats que vous nous envoyez. Mais certains d'entre eux n'en restent pas là et aspirent à monter plus haut. Et, tout naturellement, à ce qu'il semble, ils arrivent aux hôpitaux, à la Faculté, à l'Académie de médecine, à l'Institut ; il est parfaitement inutile de rappeler leurs noms, que vous avez tous sur les lèvres.

Mais, à côté de ceux qui nous sont restés à Paris, pour le plus grand honneur de notre profession, il en est d'autres que le mal du pays vous a ramenés, et ceux-là aussi, nous les connaissons bien et nous savons quelle est leur valeur. J'espère bien, du reste, que, favorisée par une installation matérielle re-

marquable, par son voisinage immédiat avec l'hôpital et sous la direction à la fois ferme et bienveillante de mon vieil ami MALHERBE, l'Ecole de médecine de Nantes continuera à être, comme par le passé, une pépinière de médecins aimant la science et honorant notre profession.

Mais ce n'est pas tout, Messieurs, nous étions encore attirés dans cette ville par une autre considération qui résulte de la nature même de nos études et du but que poursuit notre Congrès. Le titre qu'il porte de « Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie » peut prêter à quelque confusion, et ceux qui ne sont pas prévenus pourraient penser que c'est par une circonstance fortuite, ou tout au plus pour la facilité de nos relations, que trois spécialités ont fusionné et se trouvent ici réunies. Assurément, chacune de nos sections est alimentée par des travaux scientifiques qui se rapportent spécialement à l'objet ordinaire de ses études, et le recueil de ces travaux constituerait déjà à lui seul un ensemble de documents fort important; mais, comme je l'ai déjà dit, notre Congrès a des visées plus hautes.

Notre préoccupation principale, la véritable raison qui nous rassemble et qui associe réellement la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie, c'est le *souci de l'enfant* : ce que nous recherchons, surtout, c'est d'assurer dans des conditions aussi parfaites que possible le développement de l'enfant avant, pendant et après sa naissance. Le gynécologue surveille la santé de la femme et la prépare à devenir mère ; il s'attaque aux causes qui pourraient l'empêcher de remplir ce rôle essentiel, et s'efforce de la mettre dans les conditions les plus favorables à cette fonction. Lorsque l'enfant n'est plus à l'état de rêve, mais qu'il est déjà une espérance, l'accoucheur intervient, conseille la mère pendant sa grossesse, préside à la naissance du jeune être et le suit pendant les premières semaines; puis il laisse au médecin le soin de surveiller l'hygiène de l'enfant, de lui éviter les maladies et de les guérir. Vous voyez donc que ces trois hommes, dont la préoccupation semble, au premier abord, dissemblable, ont tous un même souci et tendent vers un même but. Ainsi, comme le disait à Bordeaux le professeur COYNE : « ce sont des affinités naturelles, ce sont des nécessités de la pratique qui ont groupé, réuni dans des efforts communs l'activité scientifique des médecins et des chirurgiens qui se livrent à la pratique des accouchements, à celle des opérations gynécologiques, à celle de la médecine et de la chirurgie d'enfants. » C'est encore la même opinion qu'exprimait à Marseille le professeur PINARD : « Nous sommes réunis parce que nous poursuivons le même but : à travers la conservation des individus, nous visons et nous devons viser la conservation et l'amélioration de l'espèce. » En sorte que, si l'on voulait résumer et condenser en un

terme expressif le but essentiel de ce Congrès, on pourrait dire qu'il s'occupe surtout de la *Puériculture,* mot nouveau, fort heureusement créé d'ailleurs, et qui embrasse toute la vie de l'enfant, non pas seulement après sa naissance, mais avant même sa procréation.

Si le mot est nouveau, l'idée qu'il exprime est aussi nouvelle en quelque sorte, car c'est seulement dans ces dernières années que ces préoccupations ont commencé à occuper sérieusement les esprits, et lors que, l'année dernière, à Paris, le Congrès international d'hygiène et de démographie mit à l'ordre du jour de ses travaux l'étude de la Puériculture avant et après la naissance, ce fut pour un certain nombre de médecins une surprise et une révélation.

De l'ensemble des travaux publiés à cette occasion et de plusieurs autres portant sur le même sujet, commencent à se dégager certaines règles et quelques indications assez précises. Je me contenterai de vous les signaler rapidement. Un médecin de Nantes, que je m'honore d'avoir eu pour interne en 1881, le professeur Ollive, a consacré, en effet, à la *Défense de l'enfant,* en collaboration avec le docteur Schmitt, un rapport intéressant, qui ne peut manquer d'attirer l'attention des membres du Congrès.

Il est une première règle, c'est que, pour avoir des enfants vigoureux et sains et pour ne pas être exposés à leur léguer une tare héréditaire quelconque, les parents doivent jouir eux-mêmes d'une santé parfaite. Cela semble très naturel, et pourtant combien peu se préoccupe-t-on, en général, de cette question, lorsqu'il s'agit d'un mariage? Et, d'autre part, combien ne voit-on pas d'enfants qui sont nés chétifs et peu résistants, parce que leurs parents se sont trouvés, au moment de la procréation, dans un état d'infériorité physique, soit par le fait de l'alcoolisme, d'une intoxication professionnelle ou d'une maladie, soit simplement par le surmenage ou la misère? Cette question du surmenage de la mère se pose encore pendant la grossesse, mais elle n'est pas toujours facile à résoudre, les nécessités de l'existence obligeant les femmes à un travail excessif, alors que le repos, au moins relatif, serait pour elles-mêmes et pour l'enfant qui se développe, si nécessaire.

Une fois né, l'enfant réclame des soins multiples pour lesquels la présence de la mère est indispensable; il a besoin aussi d'une alimentation spéciale, et tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'allaitement au sein est préférable à tout autre. Et pourtant, vous savez combien de femmes cherchent à se soustraire à cette obligation, en prenant des « remplaçantes », et combien sont empêchées de remplir ce rôle, obligées qu'elles sont, par leur travail, de rester éloignées de leurs enfants. Lorsque, pour une raison quelconque, l'allaitement au sein est im-

possible, ou qu'il ne peut être réalisé que partiellement, il est d'une importance capitale que le lait donné à l'enfant soit aussi parfait que possible. La pratique de la stérilisation constitue assurément un grand progrès, mais ce lait stérilisé n'est pas à la portée de tout le monde. Il est tout aussi indispensable que les mères soient dirigées et surveillées de près, de façon à éviter les fautes contre l'hygiène, si préjudiciables à la santé des enfants. Vous voyez, par cette revue rapide, combien de questions diverses embrasse la puériculture et combien aussi le concours de tous est nécessaire pour obtenir quelques résultats. Le médecin aura beau formuler des règles, il ne pourra les imposer, et trop souvent les prescriptions qu'il aura faites resteront comme non avenues par suite de l'indifférence des parents ; trop souvent aussi ceux-ci se trouveront matériellement empêchés, soit qu'ils manquent de ressources nécessaires, soit par les exigences de leurs occupations.

Pour arriver à un résultat positif, nous avons besoin d'aides et nous restons impuissants si nous n'avons pu nous assurer le concours des pouvoirs publics, des municipalités, des chefs d'industrie, des philanthropes. L'Etat doit venir à notre secours pour réprimer l'alcoolisme, ce fléau toujours grandissant, et aussi pour combattre la propagation de la tuberculose. Les municipalités, soucieuses des intérêts de leurs administrés, fonderont et entretiendront des cantines ouvrières, des asiles et des ouvroirs pour les femmes enceintes, des dispensaires où les mères trouvent les soins nécessaires à leurs enfants ou à elles-mêmes, des crèches installées suivant les règles de l'hygiène; elles n'auront garde d'oublier les distributions de lait et tous les moyens de venir en aide à la femme enceinte ou nourrice. Si elles ne peuvent, avec leurs seules ressources, subvenir à tous les besoins, elles devront favoriser les efforts que feront dans le même sens les chefs d'industrie, directement intéressés au succès de ces œuvres d'assistance, et les particuliers qui ont aussi le devoir d'y contribuer dans la mesure de leurs moyens.

La ville de Nantes, grande cité industrielle et commerciale, où le besoin de ces œuvres se fait tout particulièrement sentir, a compris l'importance de cette forme d'assistance et, depuis de longues années déjà, elle est entrée dans cette voie : les cantines ouvrières, l'œuvre du travail réparateur, les crèches, l'œuvre de la « goutte de lait », etc., ont déjà rendu de grands services et, bien qu'elles aient besoin d'être perfectionnées à certains égards et complétées par d'autres fondations indispensables, ces œuvres montrent bien l'intérêt que vous attachez à ces questions. C'est pour cela que nous avons tenu à transporter nos assises dans votre ville, certains que vous nous aideriez dans l'œuvre patriotique qui nous tient au cœur. (*Applaudissements répétés.*)

L'ARTHRITISME CHEZ LES ENFANTS.

M. COMBY, rapporteur.

L'arthritisme, ce trouble permanent de la nutrition qu'a si bien étudié M. Ch. Bouchard, est une diathèse le plus souvent héréditaire. Fréquente chez les peuples civilisés, dans les classes riches, intellectuelles, urbaines, la diathèse se transmet de génération en génération avec une déplorable facilité. Mais elle ne s'accuse pas tout de suite, dès la naissance, en traits frappants et reconnaissables ; il faut à l'observateur des qualités d'expérience, de finesse, de flair, pour en dépister les manifestations embryonnaires et prodromales.

Quand on se trouve en présence d'un gros désordre, depuis longtemps étudié et classé, le diabète, l'asthme, la goutte, la migraine, l'obésité, la gravelle, le diagnostic est facile, car ces maladies sont les mêmes à tous les âges, elles ne diffèrent pas essentiellement chez l'enfant et chez l'adulte.

Doit-on attendre, pour reconnaître l'arthritisme et pour le traiter, ces grandes manifestations ? Non, évidemment. Et dès lors s'imposent la recherche et le classement des autres manifestations moins graves, moins expressives, relevant néanmoins de la même diathèse et comportant le même pronostic.

C'est le but que je poursuis ; en d'autres termes, j'ai voulu réunir dans une esquisse, sommaire mais large et aussi complète que possible, toutes les formes frustes, ébauchées, typiques, obscures ou méconnues de l'arthritisme infantile.

I. *Habitus extérieur.* — L'arthritisme infantile n'a pas un facies uniforme, une physionomie invariable. On peut distinguer au moins deux types : le type gras ou polysarcique, et le type maigre ou lymphatico-nerveux.

Le premier peut présenter deux variétés, suivant qu'il est associé à la pléthore ou à l'anémie ; chez certains enfants, les joues sont colorées, les muqueuses rouges ; chez d'autres, il y a de la pâleur et des souffles vasculaires ; la polysarcie, d'ailleurs, n'est pas forcément durable, elle peut disparaître avec l'âge.

Le second type est presque toujours accompagné d'anémie : pâleur de la peau et des muqueuses, bruit de diable dans les vaisseaux du cou, hypoglobulie.

Le développement corporel est généralement suffisant, parfois au-dessus de la moyenne. L'enfant arthritique est intelligent, quoique parfois mal équilibré. C'est un dégénéré supérieur, plus ou moins nerveux, suivant que l'arthritisme a été plus ou moins croisé de névropathie.

II. *Lymphatisme et anémie.* — On trouve souvent, dans la descendance des arthritiques, les attributs du tempérament lymphatique : peau blanche et fine, organes lymphoïdes engorgés et

irritables, polyadénopathie. Les enfants arthritiques sont souvent anémiques, et cela dès le berceau, malgré une hygiène alimentaire irréprochable. Dans quelques cas, on peut observer l'anémie périodique revenant tous les ans et durant plusieurs semaines. Plus tard, aux approches de la puberté, la chlorose s'observe fréquemment chez les filles d'arthritiques. Cette chloro-névrose guérit bien, mais elle peut être remplacée par la migraine ou par une autre manifestation de la même famille. Dans l'anémie arthritique des nourrissons, comme dans la chlorose, on observe des souffles vasculaires (bruit de diable), et parfois aussi un souffle de la base du cœur.

III. *Appareil circulatoire.* — L'appareil circulatoire est très souvent touché par l'arthritisme : troubles vaso-moteurs émotifs (alternatives de rougeur et pâleur), modifications du pouls (tachycardie, arythmie), palpitations de cœur. Certains enfants, surtout les obèses, ont des ralentissements du pouls (bradycardie). Tandis que les filles d'arthritiques deviennent facilement chlorotiques dans l'adolescence, les enfants du sexe masculin présentent au même âge l'éréthisme cardiaque et les troubles qu'on a décrits sous le nom d'hypertrophie cardiaque de croissance. Les troubles fonctionnels sont très accusés : palpitations, douleurs, céphalalgie, dyspnée, lipothymies, syncopes. Mais, en réalité, il n'y a pas de lésion notable. Les souffles, qu'on peut entendre à la base du cœur ou à la pointe, sont inorganiques ou extra-cardiaques ; c'est un cœur irritable, sans lésion durable.

IV. *Appareil respiratoire.* — Les enfants arthritiques s'enrhument facilement et présentent fréquemment le coryza spasmodique et le hayfever, les épistaxis périodiques et à répétition, la laryngite striduleuse et les spasmes de la glotte, les fluxions soudaines du côté des bronches, l'asthme, la congestion pulmonaire à l'occasion d'un refroidissement, d'une grippe, d'un rhumatisme, etc. Chez eux, toutes les muqueuses des voies respiratoires sont d'une sensibilité exquise et d'une irritabilité extraordinaire.

V. *Tube digestif.* — Les troubles digestifs ne sont pas moins fréquents que les troubles respiratoires. A noter l'anorexie et les perversions de l'appétit : boulimie, parorexie, pica et malacia, les poussées de gastrite catarrhale et de gastro-entérite, la tendance à la constipation, les accès intermittents de fièvre de digestion, l'entérite muco-membraneuse avec sable intestinal. A ajouter les poussées congestives du foie, l'ictère, les hémorrhoïdes dans quelques cas.

Mais le syndrome le plus frappant est le vomissement périodique ou cyclique, qui se répète à des intervalles plus ou moins éloignés, et se caractérise par une intolérance absolue de l'estomac durant trois, cinq, huit jours ; la crise survient brutalement et se termine avec la même brusquerie.

VI. *Organes génito-urinaires.* — Il y a très souvent, chez les enfants arthritiques, des modifications physico-chimiques de l'urine : acidité forte, densité élevée, azoturie, excès d'acide urique. L'urine peut renfermer du sucre, mais surtout de l'albumine. Cette albuminurie est intermittente, variable, orthostatique. Elle est généralement faible et se chiffre par centigramme. Dans quelques cas, elle monte à un ou plusieurs grammes par litre.

Certains enfants ont de la polyurie ou de la pollakyurie, du spasme vésical de la cystite, voire même de l'urétrite uricémique. Beaucoup ont de la lithiase rénale latente, et on peut observer de véritables coliques néphrétiques. On doit signaler ensuite la lithiase vésicale, l'hydronéphrose, la pyélonéphrite, qui sont des complications des calculs du rein. Le rein mobile est relativement fréquent dans les familles arthritiques.

Chez les fillettes arthritiques, on rencontre parfois une vulvite tenace ou à répétition sans gonocoque. On observe chez elles aussi, au moment de la puberté, des troubles menstruels, de la dysménorrhée douloureuse, des ménorrhagies, etc.

VII. *Système nerveux.* — Les enfants de souche arthritique sont nerveux, excitables, agités. Dès le berceau, ils sont remuants, criards, dorment mal, se pâment sans raison et sont susceptibles de tomber en convulsions. Plus tard, dans la seconde enfance, ils seront sujets aux terreurs nocturnes. La migraine est commune chez eux. Outre la migraine, ils présentent parfois des céphalées paroxystiques et intermittentes, survenant par crises plus ou moins éloignées et pouvant s'accompagner de neurasthénie.

VIII. *Téguments.* — La peau des enfants arthritiques est très irritable et les dermatoses sont fréquentes chez eux. On trouve d'abord l'hyperhydrose localisée ou généralisée, l'urticaire et les érythèmes urticariens, les œdèmes aigus de la face et des membres, le prurigo chronique et à répétition, la séborrhée et le pityriasis capitis, l'acné de la puberté, le psoriasis et surtout l'eczéma. L'eczéma des nourrissons arthritiques est tenace, récidivant, prurigineux, sec plus souvent que suintant, symétrique comme localisation. Il alterne parfois avec des crises asthmatiformes et peut céder la place à l'asthme vrai.

IX. *Appareil locomoteur.* — En dehors du rhumatisme articulaire aigu franc, maladie infectieuse qui se rencontre à tous les âges, les enfants arthritiques peuvent présenter des manifestations articulaires subaiguës ou chroniques que je désigne sous le nom d'arthrites uricémiques. On peut observer des craquements articulaires, des raideurs et fausses ankyloses, des gonflements sans caractère inflammatoire (hydarthrose), des impotences fonctionnelles passagères (boiterie, torticolis), etc., qui sont sous la dépendance de la diathèse arthritique. On peut

ajouter à ces arthrites des myalgies et ostéalgies réunies sous le nom de rhumatisme vague, de douleurs de croissance, etc. Toutes ces manifestations pseudo-rhumatismales ou rhumatoïdes sont généralement apyrétiques. Elles se rapprochent plus de la goutte que du rhumatisme. D'ailleurs la goutte franche peut se rencontrer chez les enfants.

X. *Fièvre arthritique.* — Certains enfants, de souche arthritique, sont atteints périodiquement d'accès fébriles rappelant la fièvre palustre. Les crises, qui peuvent durer cinq, huit, quinze jours, sont caractérisées par une fièvre très vive, intermittente, quotidienne, avec abattement, pâleur, amaigrissement, état général inquiétant. La crise terminée, l'enfant se rétablit vite, mais pour retomber au bout de cinq à six mois. La quinine n'a aucune action sur cette fièvre, qui est une sorte de goutte larvée, de manifestation fébrile uricémique.

XI. *Pathogénie.* — Les troubles décrits plus haut sont d'origine dyscrasique; mais comment se produisent-ils ? On pourrait invoquer la dyspepsie qui existe chez beaucoup de sujets. Mais les enfants arthritiques ne sont pas tous dyspeptiques, et les accidents qu'ils présentent seraient inexplicables sans l'hérédité. L'arthritisme héréditaire, transmissible des parents aux enfants, domine tous ces accidents et en fait des membres de la même famille. Cette notion de l'arthritisme a été acceptée, proclamée par de nombreux médecins français, et acceptée par quelques médecins étrangers.

Comme agent toxique, on a incriminé l'acide urique et les urates, puis les corps alloxuriques (xanthine, hypo et paraxanthine, etc.). Le dernier mot n'est pas dit sur cette question de chimie biologique. Mais il nous semble évident que les paroxysmes de la diathèse arthritique, que nous avons essayé de dégager, dérivent d'une véritable auto-intoxication, dont la formule est à trouver. D'ailleurs, les bons effets de l'hygiène thérapeutique plaident en faveur de cette doctrine.

XII. *Prophylaxie et traitement.* — Revenir autant que possible à la vie champêtre, faire de l'enfant un rural, lui inspirer le goût des exercices physiques, de la vie au grand air, lui éviter la sédentarité, la suralimentation, le surmenage cérébral, c'est le mettre dans les meilleures conditions pour remonter le courant fâcheux où l'entraînent ses prédispositions héréditaires.

Tous les enfants ne peuvent pas vivre à la campagne ; on usera du moins intelligemment de la période des vacances pour rétablir l'équilibre nutritif troublé par la vie urbaine et la scolarité.

L'alimentation joue un rôle capital : allaitement naturel prolongé, sevrage graduel, pas de viande avant trois ans, pas de boissons alcooliques, grande sobriété. Ecarter les viandes fortes, les mets faisandés, épicés, pratiquer le végétarisme, boire de

l'eau. Agir sur la peau par l'hydrothérapie, les frictions, les massages.

Contre la maladie déclarée, on luttera aussi par les alcalins, les antiseptiques intestinaux, les lithontriptiques. On conseillera les cures thermales alcalines, les eaux chlorurées sodiques chaudes et froides suivant les cas, les arsenicales et sulfureuses, etc. Les paroxysmes aigus seront traités par le repos au lit et la diète.

Bref, c'est par une bonne hygiène thérapeutique, visant le fonctionnement régulier du tube digestif, de la peau, des muscles, du poumon, du cerveau, qu'on luttera avec le plus d'avantage contre l'arthritisme chez les enfants.

M. Ausset croit que M. Comby a un peu trop généralisé en comprenant dans la classe des arthritiques des enfants qui n'ont aucune tare dans leur hérédité. Ainsi, ces enfants bouffis, pâles, anémiques, hypoglobuliques, correspondent à son type gros, sont pour la plupart des rachitiques sans aucune tare arthritique. Il en est de même pour la micropolyadénopathie. Quant à la pseudo-hypertrophie de croissance, elle s'observe bien plus souvent chez les adénoïdiens, dont la cage thoracique est insuffisamment développée.

Pour les dermatoses, on retrouve comme cause originelle bien plus l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, que l'hérédité arthritique.

M. Méry croit que dans la description des vomissements périodiques M. Comby n'a pas assez insisté sur la constipation, symptôme capital dans ces cas. Sans la constipation, généralement le vomissement périodique n'existe pas. Par suite de l'arrêt des matières, il se produit des fermentations, une intoxication, qui déterminent les vomissements. Cette constipation est spasmodique et le ventre est aplati en bateau. Aussi le grand lavage de l'intestin est la base du traitement ; il suffit quelquefois pour faire cesser les vomissements (1).

M. Treille appuie, d'après ce qu'il a vu, ce que M. Méry vient de dire des vomissements périodiques ; il pourrait citer un fait où la fièvre prit fin à la suite d'un lavement purgatif.

M. Hallopeau craint que M. Comby n'ait donné trop d'extension à l'arthritisme, notamment en ce qui concerne les accidents cutanés. Et puis il prescrit toute la gamme des eaux minérales, les chaudes, les froides, les arsenicales, les alcalines, etc.

M. Sevestre pense aussi que M. Comby a trop élargi le cadre de l'arthritisme.

(1) Je puis confirmer l'opinion de M. Méry par un exemple dans ma propre famille : j'ai un petit garçon qui depuis sa naissance (il a aujourd'hui dix ans) répond tout à fait à sa description. (E. P.)

M. Comby croit que M. Ausset généralise trop en rattachant la pseudo-hypertrophie de croissance exclusivement aux adénoïdes.

Il connaît bien le rôle des troubles digestifs dans la genèse des affections cutanées, mais il a en vue des arthritiques non dyspeptiques et cependant présentant des lésions cutanées.

Il accepte le rôle que M. Méry fait jouer à la constipation, encore qu'il soit difficile de faire rentrer tous les cas dans cette conception.

A M. Treille il répond que les faits qu'il a en vue ne sont pas superposables, d'où une contradiction apparente.

A MM. Hallopeau et Sevestre il répond qu'il se peut qu'il ait dépassé les limites du cadre, écueil difficile à éviter quand on fouille avec soin une partie de la science, de grandes dimensions et mal limitée.

SCROFULE, LYMPHATISME, STRUME DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES DIATHÈSES ET LES INFECTIONS,

par M. GASTOU.

Je crois qu'il y a tout un ensemble de manifestations cutanéo-muqueuses et ganglionnaires, qui sont en rapport avec une véritable septico-pyohémie chronique ; c'est à cette série de manifestations que je propose le nom de scrofule.

La scrofule serait la conséquence, le reliquat d'infections ou d'auto-intoxications héréditaires et acquises, traduisant leur existence par les scrofulides, que j'oppose aux syphilides et aux tuberculides.

Cette conception de la scrofule est basée sur la clinique, l'anatomo-pathologie et la bactériologie.

A côté du syphilome et du tubercule il existe un type histologique auquel on peut donner le nom de scrofulome, véritable granulation infectieuse, en rapport avec une infection polymicrobienne ou une intoxication d'origine interne correspondant à une altération lymphatique et produisant les lésions cutanées muqueuses, ganglionnaires et viscérales de la scrofule, maladie de misère sociale et de misère physiologique, terrain de prédisposition aux infections locales ou générales et nécessitant une prophylaxie sociale par l'hygiène, et médicale par une thérapeutique appropriée.

DEUX CAS DE NODOSITÉS RHUMATISMALES CHEZ LES ENFANTS,

Par M. JOSIAS.

Il existe deux variétés de nodosités rhumatismales : la première relève du rhumatisme chronique et est, la plupart du temps, indépendante des fluxions articulaires ; la seconde est un épiphé-

nomène du rhumatisme articulaire aigu et constitue, avec la chorée, une des particularités les plus curieuses du rhumatisme infantile. De celles-ci, nous avons observé deux cas à l'hôpital Bretonneau ; c'est une complication qui n'est pas très fréquente, puisque nous n'avons pu en relever que soixante-quinze observations, dont les quatre cinquièmes concernent des sujets âgés de moins de vingt ans.

Ces nodosités n'adhèrent ni à la peau, ni aux plans profonds; toutefois leurs rapports avec le périoste peuvent être assez intenses pour faire supposer une exostose.

Le début est toujours brusque ; la durée d'un mois ou deux; elles ne suppurent jamais.

Les phénomènes articulaires qui précèdent ou accompagnent les nodosités sont généralement très atténués. Les éruptions cutanées sont fréquemment signalées. La chorée est fréquente ainsi que les lésions du cœur, l'endocardite étant la maladie la plus fréquente. C'est là ce qui assombrit le pronostic : quatorze morts sur soixante enfants. La pathogénie la plus plausible nous paraît celle qui compare les nodosités rhumatismales aux végétations de l'endocarde.

En résumé, la nodosité endocardique peut exister sans la nodosité sous-cutanée, mais la nodosité sous-cutanée coexiste toujours avec la nodosité endocardique.

LA CHORÉE DES DÉGÉNÉRÉS,

Par M. A. MOUSSOUS.

A côté de la chorée de Sydenham, de la chorée arythmique hystérique et de la chorée chronique d'Huntington, une place doit être faite à un autre type de chorée distinguée par M. Brissaud sous le titre de *chorée variable des dégénérés*. En voici plusieurs exemples qui semblent rentrer dans cette catégorie : quelques-uns survenus pendant l'enfance se sont terminés au bout de quelques années par une guérison qui paraît durable. Dans tous ces cas, le terrain névropathique sur lequel évoluait la chorée s'affirmait par un état psychique particulier : émotivité, timidité, défaut complet d'attention, faiblesse de l'énergie morale. L'instabilité mentale s'associait à l'instabilité physique. Le type clinique indiqué par M. Brissaud et dont la nécessité s'impose n'a pourtant pas été accepté sans conteste. M. Gilles de la Tourette a prétendu qu'un des exemples fournis par M. Brissaud était un cas indiscutable de *maladie des tics convulsifs*. Le caractère saccadé et brusque des secousses musculaires observées dans une certaine région du corps, l'apparition d'un bruit laryngé expiratoire, puis de la coprolalie, lui semblent suffire pour lever tous les doutes.

Cette critique n'est nullement justifiée.

S'il règne encore une certaine confusion en pareille matière,

elle provient et de l'habitude qu'on avait autrefois de désigner souvent les maladies par le symptôme le plus en vedette, et de la tendance non moins fâcheuse que l'on montre à créer une entité morbide là où n'existe qu'une association, qu'un groupement de symptômes dont la cohésion est toute relative.

La chorée n'est et ne doit être considérée que comme un symptôme, de même les spasmes convulsifs, qui caractérisent le tic, peuvent être provoqués par des causes multiples et n'ont que la valeur d'un symptôme.

Il y aura chorée toutes les fois qu'on observera la production de mouvements incoordonnés s'effectuant sans trop de brusquerie, offrant, ainsi que l'a si bien indiqué SYDENHAM, plutôt des contours arrondis, enfin n'ayant aucune tendance à se reproduire dans le même ordre, ni à se répéter suivant un rythme quelconque.

Les spasmes du tic convulsif s'affirment par des mouvements tout à fait brusques, saccadés, limités ou généralisés, mais ayant une tendance à se reproduire semblables à eux-mêmes, à se systématiser.

La constatation de ces différentes particularités est nécessaire et suffisante pour distinguer les deux symptômes l'un de l'autre.

S'il n'y a pas de maladie qu'on puisse légitimement qualifier de chorée; puisque la chorée de Sydenham elle-même peut évoluer sans chorée, il n'y a pas non plus de maladie des tics convulsifs.

Il y a des malades choréiques, il y a des malades tiqueurs. Les uns sont choréiques pour tel ou tel motif, les autres tiqueurs pour tel ou tel autre; enfin, ils peuvent être choréiques et tiqueurs pour le même motif soit isolément, soit simultanément, soit tour à tour.

C'est justement sur ce terrain névropathique, engendré par des tares héréditaires ou acquises et qu'on appelle la dégénérescence, que chorée et tic convulsif peuvent naître de toutes pièces et sont susceptibles de faire ménage ensemble.

Tel était le cas du malade de M. BRISSAUD. La chorée s'associait chez lui au tic convulsif et à la coprolalie, elle aurait également pu s'y associer à l'écholalie, aux idées fixes ou à d'autres manifestations de l'état névropathique, elle n'aurait pas cessé pour cela d'être chorée. Par contre, je trouve qu'on ne peut souscrire qu'avec réserve à l'épithète de *variable* donnée par M. BRISSAUD à la chorée des dégénérés. Si cette épithète n'indiquait que des variations d'intensité d'un moment à l'autre, elle serait parfaitement justifiée, elle ne l'est plus si on entend désigner par elle la variété d'aspect et de nature des mouvements morbides observés chez les dégénérés. Il ne peut être question non plus, avec M. MAGNAN, d'une chorée *polymorphe* lorsque les mouvements perdent leur caractère choréique pour se transformer, il n'y a plus chorée.

Conclusions. — Bien que l'influence inhibitoire momentanée

que la volonté peut exercer sur les mouvements choréiques soit beaucoup plus nette chez cette catégorie de malades que chez d'autres, le diagnostic différentiel avec la chorée de Sydenham et la chorée arythmique hystérique est souvent difficile chez les enfants.

Dans la chorée de Sydenham figurent presque toujours, à côté des mouvements choréiques, des manifestations de la puissance musculaire, de la réflectivité et des modifications de l'état mental.

Quant à la chorée arythmique hystérique, elle ne peut être affirmée sur la seule constatation de stigmates ou de manifestations évidentes de l'hystérie. La découverte de zones choréigènes, l'influence de la suggestion pratiquée à l'état de veille ou dans le sommeil hypnotique, la substitution brusque d'un autre accident hystérique à la chorée pourront seules fournir une certitude.

Le *pronostic* de la chorée des dégénérés n'est pas fatal, malgré sa tendance bien évidente vers la chronicité; la nature plus ou moins fâcheuse du terrain névropathique décide de sa sévérité. Les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre doivent surtout tendre à modifier ce terrain.

SUR DIVERS TYPES MORBIDES OBSERVÉS DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE INFANTILE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS DEPUIS SA CRÉATION EN 1898.

Par M. HALLOPEAU.

La maladie de peau la plus fréquente chez les enfants est l'eczéma ; il occupe le plus souvent le cuir chevelu ; il y est remarquable par son acuité, ses récidives, sa résistance opiniâtre au traitement, l'absence d'alopécie consécutive ; d'une manière générale on peut concevoir ainsi qu'il suit la genèse de ces eczémas ; les sillons rétroauriculaires deviennent, par suite de la stagnation de leurs produits de sécrétion sébacée et sudorale, un terrain de culture pour les microbes que l'on peut appeler eczématogènes ; ces microbes se propagent activement au cuir chevelu qui est également pour eux un milieu favorable chez les sujets séborrhéiques. L'examen chimique des squames y dénote la présence de la graisse en proportion de 12 à 15 0/0 dans cet exsudat ; cet eczéma mérite donc la qualification de séborrhéique, il doit être traité, à l'intérieur, par la diète relative des graisses et des féculents, et localement, dans ses phases aiguës, par les applications d'eau bouillie légèrement boriquée, biboratée et salicylée, dans les phases chroniques, par une pommade renfermant un centième d'ichtyol.

La blennorrhagie est nécessairement très rare chez ces enfants ; il s'en est cependant produit un cas chez un garçon de onze ans ; il est à rapprocher du gamin de douze ans chez qui Edmond Fournier a constaté l'existence d'une syphilis contractée activement.

Il y a constamment dans le service plusieurs lépreux ; ce sont

le plus souvent des enfants de fonctionnaires qui ont séjourné dans les pays à lèpre ; l'un d'eux est en ce moment remarquable par les caractères de ses altérations cutanées : elles consistent depuis plusieurs années en de larges nappes scarlatiniformes qui occupent une grande partie de la surface tégumentaire ; l'huile de chaulmoogra ne paraît pas avoir d'action.

L'ensemble des faits observés dénote la grande utilité que présentent, au point de vue de la science et par suite de l'assistance, des services dans lesquels on réunit des malades atteints des mêmes catégories d'affections dans les mêmes périodes de la vie ; celui de Saint-Louis marche à cet égard de pair avec ses aînés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROLAPSUS DU RECTUM CHEZ L'ENFANT,

Par M. COURTIN (de Bordeaux).

Après purgatif huileux et désinfection de la région on anesthésie l'enfant avec du bromure d'éthyle.

Le chirurgien place deux fils dans l'épaisseur des angles inférieurs de la muqueuse ; puis il trace un lambeau triangulaire qui remonte vers le coccyx, à 5 centim. au-dessus de la marge de l'anus. La pointe du triangle part donc du coccyx et sa base s'étend jusqu'au niveau des pôles latéraux de l'anus.

Ce triangle est rapidement disséqué ; il ne comprend que la peau et quelques plans de tissu conjonctif. Avec une aiguille de Reverdin assez longue et légèrement courbe, on passe transversalement un fil de catgut n° 2. Un doigt placé dans l'ouverture du prolapsus guide cette aiguille afin que le fil ne saisisse que la muqueuse extérieure. Ceci fait, le chirurgien reprend à gauche et à droite ce même fil de catgut avec la même aiguille et le fait progresser au travers de la plicature de la muqueuse, ayant toujours le doigt guide dans l'intérieur du rectum pour éviter le saisissement de la muqueuse interne du prolapsus. On fait alors surgir le fil sous la peau qui borde l'angle supérieur coccygien du triangle cutané. Le chirurgien abandonne alors ces deux fils et en place un autre de la même façon sur la partie moyenne du prolapsus, puis un dernier sur la muqueuse de la région juxta-anale. Ces deux fils ressortent sur les parties latérales du triangle cruenté, l'un au-dessous de l'autre. Trois fils suffisent. Ces trois fils sont attirés en haut, le prolapsus se réduit et l'on fait les sutures.

Les pansements doivent être faits chaque jour. Dès le premier pansement on observe de la rougeur au niveau des points de suture. Le deuxième et le troisième jour un liquide jaunâtre vient sourdre au niveau des fils qui chutent le quatrième ou le cinquième jour. Des bourgeons charnus apparaissent au fond de la plaie et la cicatrisation totale est obtenue douze jours après l'intervention.

Dans un cas, un enfant ayant succombé à la broncho-pneu-

monie quinze jours après l'opération, on a trouvé la muqueuse bien étalée dans l'intérieur du rectum et un tissu conjonctif dense cicatriciel qui doublait la muqueuse et la coaptait étroitement aux plans profonds.

LA PREMIÈRE DENTITION DES RACHITIQUES

Par M. CHAUMIER (de Tours).

Dans le rachitisme l'apparition de la première dent est retardée dans 52 ou 58 0/0 des cas ; elle est normale ou avancée dans 41 ou 47 0/0.

Les premières dents poussées, il n'y a pas de règle fixe pour la sortie des autres dents. L'ordre dans lequel sortent les dents peut aussi être troublé. Sur 70 enfants l'ordre a été régulier 17 fois. Chez tous, sauf un, lorsque les dents ont poussé prématurément, ce sont les dents du groupe venant immédiatement après celui en retard qui se sont montrées. On observe chez les rachitiques la carie, la chute prématurée des dents, l'usure du bord libre des incisives par suite du grincement des dents. Un genre de carie qui se montre de préférence chez les rachitiques, c'est la carie en nappe, ulcérant la dent superficiellement.

La chute spontanée des dents atteint surtout les incisives et les canines. Dans la grande majorité des cas les gencives ne sont ni rouges, ni tuméfiées ; il ne s'agit donc pas de pyorrhée alvéolo-dentaire.

LE STRIDOR CONGÉNITAL

Par M. L. CERF (d'Angers).

Il est des enfants chez lesquels on remarque, dès la naissance ou peu de temps après, une respiration retentissante. Ce bruit, dont le maximum est nettement inspiratoire, mais qui peut empiéter sur l'expiration, a un caractère, un timbre différents suivant les cas ; il varie d'intensité avec les circonstances, mais il est continu et persiste même pendant le sommeil. Il s'accompagne ou non de cyanose et de tirage. Parfois, les enfants n'en semblent pas incommodés et se développent normalement ; dans d'autres cas, on a vu se produire des accident graves.

Cet ensemble symptomatique a été décrit sous des noms divers, le plus souvent sous celui de stridor congénital.

Quand on lit toutes les observations publiées sous le titre « stridor congénital », on est frappé de voir qu'elles ont trait à des faits absolument dissemblables. L'étude pathogénique s'est ressentie de ce défaut de précision dans l'observation clinique et de multiples théories ont été émises pour expliquer cette respiration bruyante des nouveau-nés.

Or, toutes ou presque toutes ces théories sont justes ; mais cha-

cune d'elles s'applique à des cas particuliers. Où l'on se trompe, c'est lorsqu'on veut en généraliser la portée, expliquer par une théorie la pathogénie de tous les cas observés.

Il n'y a pas un stridor congénital, maladie due à une cause unique, se traduisant par une symptomatologie précise, avec une évolution régulière. Il y a un symptôme respiration stridoreuse, pouvant être observé chez les nouveau-nés dans plusieurs états pathologiques différents. Il faudrait, pour faire de ce symptôme un exposé précis, mettre en relief les caractères qui le différencient nettement dans les diverses affections au milieu desquelles on peut l'observer, et la dissection de cette synthèse artificielle, que l'on a créée sous le nom de stridor congénital, mettrait en lumière les éléments suivants :

Le cornage vestibulaire congénital.
Le ronflement des adénoïdiens.
Le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique.
Le cornage dans l'hypertrophie du thymus.
Le cornage dans la laryngite obstétricale.
Le cornage d'origine nerveuse.

M. Rocaz (de Bordeaux) a eu l'occasion d'observer récemment deux cas de stridor congénital.

Le premier est celui d'un enfant né à terme qui présenta du stridor dès sa naissance. Ce stridor était caractérisé par un bruit inspiratoire continu, analogue au gloussement d'une poule : ce bruit était très atténué quand l'enfant était calme, et particulièrement quand il dormait ; il était, au contraire, exagéré, quand l'enfant était excité et criait. A ce moment, il existait un peu de tirage sus-sternal. L'examen de tous les organes fut négatif ; il n'y avait ni hypertrophie amygdalienne ni végétations adénoïdes. L'examen du larynx, à l'aide de l'autoscope de Kirstein, montra une malformation de l'épiglotte fortement enroulée sur elle-même. A partir de cinq mois le stridor diminua d'intensité et il disparaissait à l'âge de quatorze mois. Le père de ce petit malade eut trois enfants : le premier normal ; le second, né avec du stridor, mourut de broncho-pneumonie à quinze mois, alors que son stridor durait toujours ; le troisième enfant est celui qui fait l'objet de cette communication. Entre la naissance de son premier enfant et celle du second, il fut mordu par un chien enragé et suivit un traitement à l'Institut Pasteur ; il en fut très frappé, et voilà certes une cause d'infériorité psycho-physique qui doit jouer un rôle dans la procréation de ces deux enfants atteints de malformation laryngée.

Le second cas est celui d'un enfant issu d'une mère tuberculeuse qui succomba quelque temps après sa délivrance. On note donc encore, dans ce cas, une dystrophie héréditaire dans la pathogénie du stridor dont cet enfant fut atteint dès sa naissance. L'exa-

men laryngé démontra l'existence de l'enroulement de l'épiglotte et une hypertrophie des replis aryténo-épiglottiques. Cet enfant succomba quinze jours après sa naissance à une broncho-pneumonie.

Ces observations viennent confirmer celles de M. Variot et plaident en faveur de sa théorie mécanique du stridor ; elles démontrent, en outre, la prédisposition de ces enfants aux affections broncho-pulmonaires.

DES MÉTHODES CONSERVATRICES DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES CHEZ L'ENFANT.

M. POISSON, rapporteur.

La chirurgie sanglante des tuberculoses localisées repose, semble-t-il, sur un certain nombre de préjugés et de malentendus.

Ce fut tout d'abord une erreur d'assimiler les tuberculoses locales à une néoplasie envahissante, car chez les enfants, tout au moins, elles ont, à part certains cas graves à manifestations multiples, les plus grandes tendances à guérir naturellement.

Ce fut une seconde erreur d'assimiler la suppuration tuberculeuse à la suppuration de l'abcès ordinaire et d'en croire aussi utile l'évacuation rapide. La suppuration fermée tuberculeuse, la fonte tuberculeuse, n'a donc pas toute l'importance que lui prêtaient nos devanciers.

Les résultats immédiats des opérations pratiquées sur les tuberculoses locales, malgré les progrès de l'antisepsie, ne sont pas très séduisants ; et les résultats éloignés valent moins encore :

Le traitement non sanglant des tuberculoses locales comprend :

1° Le traitement général.
2° L'immobilisation et l'extension continue.
3° La compression.
4° Les topiques.
5° Les injections modificatrices.
6° L'ignipuncture.

I. — Traitement général.

Il a une importance considérable. Tous les moyens locaux échouent si on ne vient pas au secours de l'économie, si on ne sort pas l'enfant de la misère sociale ou physiologique dans laquelle il végète.

Quand la tuberculose ne fait qu'effleurer l'enfant, elle guérit par le seul traitement général au bord de la mer.

Quand la tuberculose, plus grave, nécessite un traitement local, ce traitement local a pour adjuvant indispensable le séjour au bord de la mer.

Quand enfin une intervention a été nécessaire, l'air marin constitue le meilleur traitement pré et post opératoire.

Tuberculeux ou suspects, les enfants doivent donc être envoyés le plus tôt possible au bord de la mer. On y doit prévoir pour eux, même après guérison, un séjour prolongé.

La balnéation chaude ou froide, dans tous les cas où elle sera compatible avec la localisation bacillaire, sera très utile. Dans les tuberculoses ouvertes, avec plaies et fistules, dans les adénopathies notamment, les bains d'eaux mères rendent d'éminents services. Les toniques généraux et l'huile de foie de morue l'hiver ne devront pas être négligés.

II. — Immobilisation et extension continue.

L'immobilisation peut se faire dans la gouttière de Bonnet ou dans des appareils plâtrés.

L'appareil plâtré trouve sa raison d'être sans discussion pour toutes les ostéo-arthrites qui ne sont ni la coxalgie, ni le mal de Pott.

Au genou, par exemple, tous les chirurgiens sont partisans d'une immobilisation très exacte, au moins pendant quelque temps, et, pour notre compte, nous sommes persuadé qu'elle est le facteur le plus important de la guérison sans déformation dans toutes les ostéo-arthrites, qu'il s'agisse d'une tumeur blanche du genou, du coude, ou d'un mal de Pott.

La gouttière de Bonnet trouve encore ses partisans dans la coxalgie et le mal de Pott. En apparence, elle immobilise moins bien, mais elle a aussi les grands avantages du transport facile et, chez l'enfant aisé, bien surveillé, la propreté en est vraiment possible; elle permet enfin l'extension continue, quand l'enfant nous arrive par erreur de diagnostic ou par négligence dans une attitude qui ne saurait être conservée.

L'extension continue est merveilleuse pour calmer les douleurs quelquefois horribles de la coxalgie en position vicieuse et corriger cette position.

L'extension continue rendra d'énormes services, puisqu'elle permettra le redressement lent. Le redressement rapide sous le chloroforme, en dehors de la période de suppuration, ne nous a pourtant jamais donné de généralisation, mais il constitue toujours un choc regrettable et on ne doit le pratiquer que quand on ne peut faire autrement.

Nous ne comprenons guère l'immobilisation et l'extension continue sans le décubitus dorsal, et tous les appareils, récents ou anciens, américains, allemands ou français, qui ont été préconisés pour permettre la marche, ne sont pas faits pour nous séduire. D'une façon générale, l'immobilisation des articulations à la période d'activité tuberculeuse est incompatible avec la marche, quand il s'agit du membre inférieur, bien entendu.

Est-il possible de ne pas immobiliser ?

A l'heure actuelle, voici les conclusions auxquelles nous arrivons pour notre compte.

Toute tumeur blanche au début, soignée par les injections modificatrices et le traitement général au bord de la mer, peut n'être immobilisée que pendant quelques mois.

Au bout de quelques mois, quand le foyer tuberculeux paraît éteint, on peut donner à l'articulation quelques mouvements très prudents, et faire quelques massages méthodiques, tout en continuant les injections et en gardant le décubitus s'il s'agit du membre inférieur.

Cette conduite peut être tenue sous la réserve expresse de revenir immédiatement à l'appareil immobilisateur si l'enfant souffre, et si l'articulation a la moindre tendance à reprendre une position vicieuse.

Dans certaines tuberculoses, ostéo-articulaires, il n'y a vraiment aucune tendance au déplacement et aucune douleur ; on comprend qu'un enfant docile puisse alors guérir dans le décubitus dorsal sur un plan dur, sans appareil spécial, avec les injections modificatrices ; le cas doit être très rare.

Dans le mal de Pott, où la question de raideur ou d'ankylose n'existe pas, l'immobilisation doit être aussi exacte que possible ; soigné au début, avant toute déformation, il doit ainsi guérir sans paralysie, sans gibbosité et sans abcès.

L'extension continue, qu'on a cherché à réaliser ici comme à la hanche et qui répond à un double desideratum, à la décompression des surfaces articulaires et à la correction de l'attitude, ne donne pas les mêmes résultats pratiques et nous semble peu réalisable.

L'appareil plâtré ou la gouttière de Bonnet réaliseront l'immobilisation nécessaire.

III. — Compression.

La compression est très souvent associée à l'immobilisation qu'elle contribue à réaliser et qu'elle complète.

Elle peut se faire avec la bande élastique, suivant la méthode de Bier ; on l'établit alors au-dessus de l'articulation malade, d'une façon momentanée, tous les jours ou tous les deux jours, pendant un temps qui varie entre cinq et vingt minutes. Pendant cette constriction circulaire, toute la partie du membre située au-dessous de la bande devient violacée, presque noire. Dans l'intervalle des séances, on enveloppe l'articulation de gutta-percha et d'ouate ; tous les jours ou tous les deux jours, bain local d'eau chaude à 50° pendant vingt à trente minutes ; l'immobilisation ne sera jamais complète et, assez vite, on opérera des massages prudents sans « battre le rappel de la diathèse ».

Quelle que soit la façon dont agisse cette asphyxie locale et sans essayer une théorie pour expliquer les améliorations ou les

guérisons obtenues, la méthode de Bier, peu répandue chez nous, paraît avoir eu d'excellents effets.

IV. — Les topiques.

Le vésicatoire et l'iode ne méritent pas d'être recommandés ; pas plus, du reste, que le gaïacol et tous les résolutifs traditionnels.

L'emplâtre mercuriel, naturellement aseptique, combiné avec l'immobilisation et la compression, mérite une mention. Sans compression qui puisse expliquer le succès, Championnière a obtenu des résultats avec l'onguent napolitain dans les tumeurs blanches des doigts, le spina-ventosa du pied et de la main.

L'amplâtre de Scott en bandelettes imbriquées, compressives, a été employé par tous les chirurgiens, pour les tumeurs blanches des petites articulations et le spina-ventosa, et paraît avoir une véritable efficacité quand on y joint le traitement général.

Le prof. Hoffa (de Würzburg) préconise l'emploi du savon mou. Il en a fait l'expérience dans plus de deux cents cas de maux de Pott, coxalgie, tumeur blanche du genou, adénopathies tuberculeuses. Le traitement est original.

Il consiste à faire, deux ou trois fois par semaine, avec 25 ou 50 gr. de *sapo viridis*, des frictions sur le dos, sur les cuisses, les bras. Le savon doit rester une demi-heure sur la peau ; on l'enlève ensuite avec une éponge et de l'eau chaude.

Si l'enfant porte un corset pour mal de Pott, on le lui ôte un instant ; de même on protège avec de la gutta-percha l'articulation malade si elle est enveloppée dans un appareil.

D'après Hoffa, l'action serait surtout générale, l'appétit augmente, la santé s'améliore, les fistules se tarissent, les ganglions disparaissent. Il ne faut pas, du reste, négliger les autres moyens de traitement, immobilisation, injection iodoformée, etc.

Tout cela paraît bien étrange, mais il est sans danger d'essayer.

V. — Injections modificatrices.

Il faut les considérer comme une des plus importantes conquêtes de la chirurgie contemporaine, et les résultats qu'elles donnent dans le traitement des tuberculoses locales n'ont pas peu contribué à faire abandonner les interventions sanglantes.

Nous ne pouvons retenir que trois de ces injections modificatrices : les injections de chlorure de zinc préconisées par M. le prof. Lannelongue ; les injections d'éther iodoformé, enfin les injections de naphtol camphré.

A. — Les injections de chlorure de zinc constituent la méthode dite méthode sclérogène ; elle consiste à faire pénétrer l'agent modificateur, non point dans les fongosités ni dans les foyers tuberculeux, mais autour d'eux, dans la zone limite, pour scléroser cette zone et en faire une barrière à la tuberculose.

La solution de chlorure de zinc est au 1/10e. Elle est injectée à la dose de 10, 20 ou 30 gouttes au moyen de la seringue de Pravaz, tout autour d'une tuberculose locale, pour créer là un tissu de cicatrice infranchissable pour la tuberculose.

Ces injections peuvent être employées aussi bien dans les tuberculoses non ouvertes et non suppurées que dans celles qui sont suppurées et même suppurées ouvertes, aussi bien pour l'ostéo-arthrite que pour les adénopathies, le spinaventosa, les synovites tendineuses.

La douleur qu'elles produisent peut être atténuée en diminuant pour les enfants le taux de la solution, et les escharres ne se forment que quand on a compromis la nutrition de la peau en ne faisant pas l'injection profonde sous le périoste même.

D'après Coudray, il faut voir les réelles indications de la méthode dans la tuberculose des grandes articulations superficielles : genou, coude, poignet, cou-de-pied. Dans le mal de Pott et les adénopathies elle rend peu de services. La hanche se refuse à ce mode de traitement, du fait de sa profondeur et de la nature osseuse des lésions.

B. — L'éther iodoformé paraît avoir une incontestable supériorité sur les autres substances modificatrices.

La solution sera faite à 5 ou à 10 0/0.

La quantité qu'on peut laisser dans une poche tuberculeuse est relativement considérable, parce que l'absorption est très lente à se faire ; quand on reponctionne une collection au bout de sept ou huit jours, on retrouve, en grande partie, mêlé aux sécrétions de la poche, l'iodoforme précédemment injecté. Nous n'avons jamais observé d'intoxication en ne dépassant pas 10, 15, 20 gr. d'éther iodoformé à 5 0/0, ce qui est très largement suffisant et ce qui répond à 0,50, 0,75 et 1 gr. d'iodoforme.

Quand il ne s'agit plus d'une poche, mais que l'injection doit se faire au milieu de fongosités dans une articulation, on n'est jamais conduit à employer de semblables quantités d'iodoforme.

Les injections modificatrices d'éther iodoformé doivent être employées :

Dans les tuberculoses fermées, non suppurées : ganglions cervicaux, tumeurs blanches au début, avant toute fonte tuberculeuse, mais quand l'immobilisation et la compression ne donnent pas des résultats suffisants ou assez rapides ; synovites fongueuses des gaînes ; spina ventosa.

Dans les tuberculoses suppurées, fermées : l'injection d'éther iodoformé prend ici une importance considérable puisqu'elle peut :

1° Empêcher l'ouverture spontanée de la collection tuberculeuse ;

2° Guérir cette collection, et conduisant l'agent modificateur jusqu'au siège même de la lésion initiale, tarir la source du pus tuberculeux.

Dans les tuberculoses suppurées, ouvertes : les tuberculoses ouvertes constituent les cas où la méthode conservatrice entre trop tard en jeu pour y avoir toute son efficacité ; l'intervention chirurgicale est souvent nécessaire, tout au moins pour lui préparer les voies, cureter les fistules infectées, enlever quelques séquestres, vider un clapier, etc. ; mais la conservation a tout de même sa raison d'être, et nous pourrions citer, avec d'autres chirurgiens, tels cas où l'intervention n'avait pas été faite parce qu'elle offrait trop peu de chances de succès, et qui ont guéri par le traitement général, la désinfectien des trajets et les injections modificatrices.

Injections de naphtol camphré.

Ce médicament s'emploie comme l'éther iodoformé, avec les mêmes précautions antiseptiques, mais on n'est pas absolument fixé sur sa dose maxima, et sa toxicité dans certaines conditions est une des raisons les plus graves, à notre avis, pour ne l'adopter qu'avec quelques réserves. Introduit dans une cavité ou dans une fistule tuberculeuse, avec une seringue, sans pression et sans effraction des tissus, il ne produit jamais d'accidents; dans ces conditions, Reboul a pu en introduire 100 gr.

D'autre part, ces observations ne laissent aucun doute sur les accidents graves qui peuvent survenir quand on l'injecte non plus dans une cavité, où l'absorption se fait mal et très lentement, mais dans les tissus mêmes, à la manière d'une injection hypodermique par exemple. Dans ces conditions, on a noté des accidents avec des doses très faibles, 1 gr. 50 et 2 gr. ; le malade pâlit, se couvre de sueurs froides, mâchonne, perd plus ou moins connaissance, puis des convulsions envahissent les muscles des yeux et ceux de la face. Dans les cas graves, les convulsions se généralisent ; les muscles respiratoires et enfin le muscle cardiaque se prennent. Le coma survient et la mort a été observée. L'apparition de ces symptômes a lieu très vite, une demi-heure au plus tard après l'injection.

Il y a donc lieu d'être prudent avec le naphtol camphré, de ne pas dépasser 1 gr. dans les fongosités ou les ganglions, ou bien alors d'employer une dilution, la formule du prof. Bouchard par exemple, qui contient 5 gr. de naphtol B et de camphre pour 100 gr. d'eau distillée chaude alcoolisée.

VI. — L'ignipuncture.

Les médecins qui l'emploient volontiers sur la foi des traditions ne dépassent généralement pas les limites de la peau, et sous forme ponctuée ou transcurrente. Dans ces conditions, elle ne paraît avoir aucune valeur thérapeutique.

Beaucoup de ces petits malades nous arrivent dans les hôpitaux marins, la peau péri-articulaire ponctuée ou zébrée par le thermo-cautère. Il y a là, nous semble-t-il, une petite cruauté

bien inutile; le procédé est inefficace. Tout au plus pourrait-on dire qu'il calme les douleurs ; je n'oserais pas l'affir mer.

L'ignipuncture n'est guère applicable dans le mal de Pott et la coxalgie, mais dans les articulations superficielles et surtout au poignet, au pied, voire même au genou, elle peut rendre de véritables services. Il faut, à mon avis, s'en abstenir dans le spina-ventosa ; elle y a peu d'efficacité, n'agit que sur la peau qui, tendue, peut s'ulcérer. Elle laisse dans cette partie découverte une cicatrice et peut provoquer une fistule là ou la guérison pouvait s'obtenir autrement.

Partout ailleurs il faudra la faire précéder d'un nettoyage très sérieux de la région, puis, sous le chloroforme, traverser rapidement les parties molles jusqu'à l'os, ne craignant pas de pénétrer dans l'articulation et n'évitant que la région des vaisseaux. Un pansement compressif et antiseptique est appliqué ; il n'y a pas de suppuration, et plus d'une fois, notamment pour le poignet, nous avons vu cette manœuvre couronnée de succès.

Interventions chirurgicales.

Il est cependant des circonstances qui doivent armer la main du chirurgien et rendent nécessaire son intervention. Ce seront toujours des interventions de nécessité, n'ayant point des prétentions de cure radicale, mais imposées par la rétention du pus, la présence de séquestres, la fièvre, le besoin de faire pénétrer plus avant un agent modificateur, etc., etc.

A. — La résection de la hanche, par exemple, toujours grave pour les coxalgies suppurées, quoi qu'on ait pu dire, ne sera faite que quand la vie du malade est en jeu et comme traitement ultime. Elle sera faite pour remédier au mauvais écoulement du pus et à sa stagnation ; elle sera faite si la fièvre s'allume et persiste malgré les lavages, drainages des diverticules, contre-ouverture des clapiers, arthrotomie, évidement de la tête et du col du fémur et drainage transtrochantérien.

Quand on sera acculé à la résection, elle ne sera plus alors qu'un moyen de faire un nettoyage plus complet d'un foyer d'infection ; elle permettra l'écoulement facile du pus, et, par cette large brèche qu'on se gardera bien de réunir, on pourra désinfecter et sauver la vie menacée de l'enfant.

B. — La fièvre et l'état général septicémique, voilà les seules indications des interventions dans les tumeurs blanches chez l'enfant.

Les résections du genou, plus déplorables encore que la résection de la hanche, seront évitées avec le même soin. Certaines opérations incomplètes seront peut-être nécessaires : drainage ou tunellisation osseuse. Cette dernière surtout, dans quelques formes envahissantes d'arthrite du genou, n'est pas sans valeur, mais on devra tout faire pour se borner au traitement conserva-

teur. Au coude et au cou-de-pied, l'arthrectomie donne de meilleurs résultats; mais la meilleure arthrectomie ne vaut pas la conservation pure et simple.

- La septicémie sera aussi la seule indication pressante d'agir dans les abcès ossifluents infectés, qu'il s'agisse d'abcès articulaires ou d'abcès par congestion. Encore faut-il bien établir les causes de la fièvre et ne pas prendre pour de la septicémie une maladie intercurrente ou l'élévation passagère de température qui suit quelquefois les injections modificatrices ; mais, en présence d'une fièvre un peu durable avec frisson, répétition de l'abcès, douleurs, amaigrissement, il faut inciser largement, laver, drainer, modifier au chlorure de zinc, à l'éther iodoformé ou à l'acide phénique pur préconisé récemment par Phelps.

On soignera comme devant les trajets fistuleux, une fois les inquiétudes passées. A cette incision de nécessité se restreindra le traitement chirurgical ; on reprendra le traitement conservateur.

C — L'intervention ne se discute guère dans le mal de Pott quand il n'y a pas paraplégie, à moins d'une lésion postérieure, très limitée et très accessible, en communication avec un court abcès ouvert et infecté ; le temps a fait justice du zèle intempestif d'il y a quelques années.

Dans la paraplégie, l'intervention, qui paraissait séduisante, n'a point donné les résultats qu'on en pouvait attendre.

A moins donc d'une indication très précise, il faut s'abstenir, d'autant que la paraplégie guérit souvent seule avec le temps.

De violentes douleurs épuisant le malade, la marche rapide des accidents paraplégiques en dépit du traitement rationnel, la présence de symptômes menaçant directement l'existence, tels que troubles respiratoires, autoriseront seulement une action chirurgicale au niveau de la tuberculose vertébrale et méningée.

D. — Dans la tuberculose isolée et très limitée d'un os superficiel, il y a lieu d'intervenir quand on peut le faire d'une façon radicale ; non qu'ici le traitement par les injections ne puisse donner des résultats ; mais dans les régions couvertes où la cicatrice importe peu, une intervention bien conduite peut guérir plus rapidement et aussi sûrement.

Quand, malgré tous les efforts conservateurs, la peau qui le recouvre menace ruine et que le stylet, en outre, dénonce un sequestre, le spina-ventosa comporte l'indication opératoire formelle. Bien menée, l'opération d'évidement avec conservation d'une tige régulière osseuse entre les deux épiphyses, qui sont constituées par du tissu sain, évite l'amputation ou cet effondrement tardif qui rend un doigt aussi disgracieux qu'inutile.

E. — Eviter par tous les moyens une cicatrice apparente, a été le but que nous nous sommes proposé dans les adénopathies cervicales.

La conservation à outrance n'a plus sa raison d'être quand ces fistules existent. L'intervention chirurgicale pourra même, en substituant la cicatrice linéaire d'une suture bien faite aux irrégularités qui résultent de l'état actuel, rendre des services esthétiques. On peut donc alors intervenir avec avantage, en faisant des réserves au point de vue du danger qui est assez réel quand il s'agit de ces masses ganglionnaires volumineuses, fondues ensemble par la péri-adénite.

Ces masses suppurées, qui finissent par altérer l'économie et constituent une des plus répugnantes maladies qui existent, résistent souvent à tous les traitements ; nous les enlevons volontiers, dans les limites des difficultés chirurgicales que présente une semblable opération.

Nous le faisons plus volontiers encore et d'une façon plus précoce dans l'aine ou dans l'aisselle, puisque l'exérèse en est plus facile et que la cicatrice n'a plus la même importance.

On y sera moins désireux d'une réunion primitive et on pourra laisser au fond de la plaie de la gaze imprégnée de créosote ou d'iodoforme.

M. P. Coudray (Paris) adhère d'une manière générale aux conclusions du rapport de M. Poisson ; pour lui aussi « la chirurgie sanglante se réduit au minimum quand il s'agit de tuberculoses infantiles ».

Il croit que le rapporteur a exagéré un peu l'influence de la mer sur la cure de ces tuberculoses, en la considérant comme un élément indispensable. En réalité, ces tuberculoses guérissent partout, lorsque les enfants sont placés en bon air, à la lumière, et quand ils ont une bonne alimentation. La mer est extrêmement utile aux enfants privés d'appétit ; elle est contre-indiquée chez les enfants nerveux. Il dit :

L'extension continue est le traitement de choix de la coxalgie dans les premiers mois ; elle calme les douleurs et fait cesser la contracture. Lorsqu'on l'applique à une époque rapprochée du début de la maladie,elle conduit souvent à une guérison intégrale. La thèse De Rillet (Paris, 1894) ne renferme pas moins de dix observations de ce genre, et cependant dans trois cas le début du mal remontait à un an et dix-huit mois. Lorsqu'au bout de quatre à cinq mois les mouvements restent très limités, je renonce à l'extension continue,et j'ai recours à l'immobilisation qui favorise l'ankylose. On aura ainsi moins à craindre les attitudes vicieuses.

Le traitement ambulatoire, qui a été fort vanté par certains chirurgiens américains, ne me paraît, pas plus qu'à M. le rapporteur, une pratique heureuse ; il expose trop aux attitudes vicieuses s'il est pratiqué sans immobilisation et il ne prévient nullement l'ankylose.

En ce qui concerne les topiques dans le traitement du spina-

ventosa, j'ai toujours utilisé l'emplâtre de Vigo en bandelettes, avec les meilleurs résultats (*Méd. infantile*, 1897, p. 76) ; ce topique a une action indéniable.

Les injections intra-articulaires prennent faveur chez nous depuis quelques années. Il n'est pas certain du tout qu'elles soient supérieures aux injections périphériques sclérogènes de Lannelongue.

Les injections intra-articulaires, même inoffensives en apparence, comme celles d'huile iodoformée, déterminent une synovite parfaitement caractérisée, dont nous avons analysé les éléments avec M. le prof. Cornil. Nous avons même pensé que l'iodoforme agit sans doute beaucoup par les réactions cellulaires considérables qu'il détermine dans les tissus. Théoriquement, et en ne considérant que le point de vue du retour des mouvements, les injections intra-articulaires seraient passibles d'une objection avec laquelle il faut compter. La méthode sclérogène m'a donné de nombreux succès, et je crois bon de l'appliquer surtout dans les cas d'arthrites ou d'ostéo-arthrites à marche torpide et bien reposées par une immobilisation de plusieurs semaines.

Pour le traitement des abcès tuberculeux j'emploie, depuis deux ans, l'huile iodoformée de préférence à l'éther iodoformé. Son action est peut-être un peu moins rapide que celle de l'éther iodoformé, mais l'injection n'est pas douloureuse et ne nécessite pas l'emploi du chloroforme.

De même pour les ganglions tuberculeux, j'utilise l'huile iodoformée, comme moyen de sclérose, quand les ganglions ne sont pas ramollis. Lorsqu'ils sont suppurés, je les traite comme des abcès. Enfin, quand la coque ganglionnaire a disparu ou est réduite à une minime épaisseur, le séton m'a paru, quoique démodé, un très précieux moyen de traitement.

Les suppurations graves, telles que celles qui résultent de l'ouverture spontanée ou non des abcès du mal de Pott ou de la coxalgie, ne me semblent pas nécessiter fréquemment des opérations oeseuses. Un drainage bien fait, avec de gros drains rigides et troués de près, auquel on joint une antisepsie rigoureuse, amène, dans l'immense majorité des cas, la guérison de ces abcès et des trajets qui leur succèdent. J'ai préconisé, il y a bientôt trois ans, les pulvérisations iodoformées avec « l'ipsileuse de M. Guilmeth » (voir *France méd.*, 18 février 1899, et *Revue d'orth.*, 1900, p. 247) et mon élève Paul Sempé a rapporté dans sa thèse (Paris, août 1900) un grand nombre de faits à l'appui de ce procédé de désinfection avec lequel on peut utiliser non seulement l'iodoforme, mais une foule d'autres antiseptiques (eucalyptol, formol, acide phénique, etc.). Je continue à croire que ce procédé mérite toute l'attention des chirurgiens.

M. Guyot (Bordeaux) pense que le rapporteur n'a pas rendu

suffisante justice à l'immobilisation, si efficace pour calmer les douleurs. Il est certain qu'elle est difficile à réaliser dans la coxalgie et le mal de Pott ; la gouttière de Bonnet, utile chez les adultes, l'est peu chez les enfants. Elle est heureusement remplacée par le lit-immobilisateur du prof. PIÉCHAUD.

M. SEVESTRE croit qu'en prenant la précaution d'habituer progressivement les enfants à l'air marin, en évitant de les faire séjourner de suite sur la plage, on évite les poussées du côté des méninges.

M. TACHARD (armée) a été amené à pratiquer, chez un petit tuberculeux, après chloroformisation, une injection d'éther iodoformé. Peu après, et bien que la narcose fût interrompue depuis un certain temps, le petit malade présenta tous les symptômes de l'intoxication par les anesthésiques et, pendant plus d'une demiheure, Il dut faire la respiration artificielle. Depuis, il ne fait plus d'injection d'éther iodoformé après chloroformisation.

M. KIRMISSON, tout en étant très conservateur dans la tuberculose locale, pratique l'énucléation dans les cas de ganglions isolés ou de masse ganglionnaire sans péri-adénite quand l'ouverture menace. L'opération est simple et évite des suppurations interminables.

Il répond à M. GUYOT que l'immobilisation de la hanche est le triomphe de l'appareil plâtré ; dans ces cas il est idéal.

Pour les injections d'éther iodoformé, il prend les précautions suivantes : il ne donne le chloroforme qu'au moment de faire la ponction. Il n'injecte que la quantité à laisser dans la poche. Pour rendre l'injection moins douloureuse, il évite la trop grande distension et les escharres, il laisse assez longtemps la canule en place, et de temps à autre, soulevant le doigt comme une soupape, laisse s'échapper quelques bulles de gaz, tandis que l'iodoforme reste déposé sur les parois de la cavité.

M. POISSON, d'après la statistique de Pem-Bron, croit pouvoir affirmer que la méningite n'y présente pas une fréquence particulière.

CURE LOCALE DES TUBERCULOSES CUTANÉES ET GANGLIONNAIRES INFANTILES.

Par M. GASTOU.

Chez les enfants, le traitement de ces tuberculoses doit éviter la douleur et la perte de sang. Trois modes remplissent ces conditions : 1° traitement de BESNIER ; 2° les hautes fréquences ; 3° la photothérapie.

Le traitement de BESNIER comprend deux temps : d'abord le curettage, puis l'attouchement avec le crayon de nitrate d'argent mitigé et enfin avec le crayon de zinc. En répétant la cautérisa-

tion tous les huit jours, on arrive, au bout de deux à trois mois, à la guérison avec des surfaces lisses.

Les hautes fréquences sont appliquées au moyen du résonnateur d'Oudin.

La photothérapie peut se faire avec l'appareil de Lortet, autrement simple que celui de Finsen.

M. Hallopeau insiste sur les remarquables résultats que lui a donnés le traitement par le permanganate employé, soit en compresses imprégnées d'une solution au cinquantième, suivant le procédé de Butte, soit en poudre, suivant la méthode de Zaczanowky, après scarification si l'épiderme est intact ; dix enfants ainsi traités ont été très améliorés ; pour plusieurs d'entre eux on peut même penser à une guérison. Cette méthode marche de pair avec la photothérapie ; elle lui est préférable dans les formes largement ulcérées, ainsi que dans les cas où les altérations sont très étendues ; elle a, en outre, le grand avantage de pouvoir être appliquée par tous les médecins, alors que la photothérapie ne peut être mise en œuvre que dans un nombre de centres nécessairement très restreints. Il y a là un progrès des plus considérables.

M. Morin (Nantes) signale, à propos de la photothérapie, le procédé du prof. Leduc, de Nantes, où l'on n'obtient que des rayons violets ; en outre, il n'y a pas de sensation de chaleur.

L'OSTÉOMYÉLITE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ, AU-DESSOUS DE TROIS MOIS, ET SES CONSÉQUENCES,

Par M. L. D'ASTROS.

Dans ces dernières années, j'en ai pu observer onze cas chez des bébés de moins de trois mois. Le fémur a été de beaucoup l'os le plus fréquemment atteint, puis viennent l'humérus, le radius, les os du carpe, les phalanges, le sacrum. Dans trois cas, plusieurs os étaient atteints simultanément. Dans deux faits d'ostéomyélite de la tête du fémur, l'articulation de la hanche était envahie.

J'ai observé un fait où, comme dans celui de Senn, l'affection, existant dès la naissance, doit être attribuée à une infection intra-utérine.

Les principales voies d'entrée de l'infection, dans les cas d'ostéomyélites au-dessous de trois mois, sont : 1° les affections de l'ombilic et les lésions de la peau ; 2° les voies digestives dans quelques cas d'infection gastro-intestinale ; 3° la muqueuse des voies respiratoires. L'ostéomyélite peut venir compliquer par infection secondaire l'hérédo-syphilis (fait de Thibierge, un fait personnel).

Les apparences cliniques varient beaucoup d'un cas à l'autre.

Dans certains cas l'ostéomyélite apparaît comme manifestation infectieuse en apparence isolée. Dans une seconde catégorie de faits, l'ostéomyélite n'est qu'un élément d'une septicémie générale. Les symptômes d'infection générale peuvent précéder l'ostéomyélite, qui apparaît alors comme une complication tardive; ils peuvent être contemporains ; ils peuvent se développer consécutivement aux lésions osseuses : telles les broncho-pneumonies et les méningites secondaires à l'ostéomyélite.

A côté des formes aiguës et suraiguës très graves, les mieux connues, il y a des formes atténuées d'ostéomyélite chez le bébé, dans lesquelles l'ostéomyélite reste localisée avec gonflement osseux circonscrit et surtout a une tendance spontanée à la régression. J'ai vu quatre fois la guérison spontanée se produire sans suppuration. Dans trois de ces faits, il y avait ostéomyélites multiples; deux entre eux sont particulièrement intéressants en ce que, dans tous deux, les lésions eurent une évolution différente, arrivant à résolution sur un os, à suppuration sur l'autre.

Des formes chroniques, des formes prolongées j'ai observé deux cas.

Dans le premier, l'ostéomyélite portait d'abord sur le fémur droit. Elle évoluait pendant plus de deux mois sans suppuration pour arriver à résolution. Puis l'humérus se prend, l'affection persiste à avoir une allure chronique, mais finit cependant par aboutir à la suppuration, et l'on est obligé d'intervenir chirurgicalement.

Dans le second fait, un enfant d'un mois présente une ostéomyélite du fémur gauche, aboutissant à un foyer de suppuration que l'on incise, qui se reforme, pour donner lieu à une fistule persistante, celle-ci ne se fermant qu'après trépanation et curettage de la cavité médullaire, au bout de trois mois.

Eh bien! chez ces deux enfants, nourris au sein, réglés dans leur alimentation, n'ayant pas présenté de troubles digestifs sérieux ou tenaces, nous vîmes se développer, chez le premier, des signes de rachitisme grave (thorax rachitique, fontanelle largement ouverte, cyphose, etc.); chez le second, des symptômes de spasme de la glotte (sans rachitisme) dont les accès revinrent pendant quatre mois, au nombre de cinq à dix par vingt-quatre heures, jusqu'à la mort de l'enfant par une broncho-pneumonie.

L'importance physiologique de la moelle osseuse ne permet pas de douter qu'une lésion prolongée, même limitée à un seul os, puisse adultérer le milieu sanguin et troubler profondément un organisme en voie de développement. Et les faits que j'ai observés démontrent que l'un et l'autre, rachitisme et spasme de la glotte, peuvent apparaître comme complications et effets d'une ostéomyélite prolongée, développée dans le premier âge.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

CORYZA AIGU CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

Par le Dr Louis LAURE, d'Hyères.

Le 31 août dernier, on m'amène au cabinet un enfant âgé de 15 jours, le petit Rou..... qui ne tétaitplus depuis trois jours ; à peine avait-il pris quelques cuillères de lait et avec beaucoup de peine ; il était dans un état d'amaigrissement très marqué.

Cet enfant avait très bien tété pendant les 12 ou 13 premiers jours qui suivirent sa naissance ; il était bien conformé et présentait, comme unique symptôme, un coryza aigu qui gênait la respiration et rendait toute succion impossible.

Après un interrogatoire minutieux de la mère et de la nourrice, j'acquis la presque certitude que ce coryza n'avait rien de spécifique ; d'ailleurs l'enfant ne portait aucune trace de syphilis héréditaire, et tous ses frères et sœurs se portaient bien. En conséquence je me contentai de prescrire de grands lavages du nez avec de l'eau bouillie tiède.

Le surlendemain à 11 heures du matin, on me fait appeler, en me disant que c'était à titre de consolation, car l'enfant était perdu, et toute intervention serait probablement inefficace. Je trouve en effet l'enfant beaucoup plus amaigri, avec tirage considérable, et respiration abdominale très pénible ; le chiffre de la respiration était relativement peu élevé, 30 environ. L'état général me parut tellement grave que j'eus un court moment d'hésitation, et me demandai à mon tour s'il valait la peine d'intervenir. Cependant je pratiquai un grand lavage du nez qui eut pour résultat immédiat la désobstruction des fosses nasales. Peu après, la respiration se fit plus lente et moins pénible. Je fis suivre ce lavage d'un badigeonnage avec la pommade suivante :

℞ S. N. de bismuth.	10 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gramme 50 centigr.
Vaseline.	20 grammes

Un moment après, le sein fut présenté à l'enfant qui le refusa.

Je fis alors (avec la plus grande facilité) le cathétérisme de l'estomac et injectai 20 grammes de lait.

Le soir, vers les 5 heures, je retourne voir l'enfant ; l'après-midi avait été très calme ; mais le lait injecté n'avait pas été gardé ; à plusieurs reprises différentes le sein avait été présenté à l'enfant, mais toujours sans succès.

Nouveau lavage du nez, nouveau badigeonnage. Je fis ensuite le cathétérisme de l'estomac, pratiquai un petit lavage avec de l'eau bouillie, et j'injectai environ 15 grammes de lait :

℞ Lait.	2/3
Eau de Vichy	} ãã 1/3
Eau bouillie	

Les applications de pommade furent renouvelées, la nuit fut assez bonne, et le lait fut gardé.

Le lendemain matin, au grand étonnement de tous, le sein fut accepté, et, depuis, l'enfant n'a plus cessé de le prendre. Je continuai le jour suivant lavage et badigeonnage. Aujourd'hui cet enfant est complètement guéri, et il est dans un état de santé très satisfaisant, état qui ne peut que s'améliorer, l'enfant ne présentant aucune tare et la nourrice étant bonne.

Cette observation, très banale en elle-même, me paraît cependant instructive : elle montre en effet que la gravité des coryzas aigus (spécificité mise à part) est moins grande qu'on ne le croit généralement, et je pense, pour ma part, que le traitement précédent, qui est pourtant bien simple, doit réussir dans la grande majorité des cas ; elle nous montre aussi (et c'est sur ce point que je veux attirer l'attention) que, comme le faisait remarquer, dans un numéro précédent, M. Schlesinger, de Strasbourg, le cathétérisme et le lavage de l'estomac est facilement praticable, même chez les très jeunes sujets, et peut rendre les plus grands services.

A propos de ce cas d'observation courante, nous rappelons à nos collaborateurs et à nos lecteurs que tous ces faits essentiellement pratiques qui nous seront communiqués seront mis en évidence dans notre revue.

C'est là en effet ce qui paraît le plus intéresser ceux de nos lecteurs qui font de la pratique; beaucoup de nos fidèles abonnés ne cessent, en effet, de nous demander des faits pris sur le vif, dans l'exercice de notre art.

[E. P.]

CONGRÈS DE NANTES (1)

DES ALBUMINES INTERMITTENTES DE L'ENFANCE.

M. H. MÉRY, rapporteur.

L'extrême fréquence des fièvres éruptives et des maladies infectieuses dans l'enfance explique le nombre considérable d'albuminuries et de néphrites aiguës, aussi bien dans la première que dans la seconde enfance. Il semble, au contraire, que l'albuminurie chronique soit relativement une rareté ; et, en effet, les lésions rénales chroniques bien constituées, réalisant le type de la néphrite diffuse chronique et, à plus forte raison, de la néphrite interstitielle, sont rares, exceptionnelles même, pour la seconde variété chez les enfants.

Mais, si l'albuminurie chronique permanente, répondant à une lésion bien constituée du rein, est une rareté, voire même une exception, il n'en est pas de même de l'albuminurie intermittente chronique, dont la fréquence paraît augmenter à mesure que des examens plus constants et plus répétés des urines sont faits. Cette variété d'albuminurie chronique paraît même avoir son maximum de fréquence dans l'enfance et dans l'adolescence : c'est elle qu'on a décrite sous le nom d'albuminurie des adolescents, d'albuminurie cyclique, et qui a donné lieu, dans ces vingt dernières années, à de nombreux mémoires.

Dans ces albuminuries intermittentes chroniques des enfants, il faut distinguer celles qui sont liées à des lésions rénales démontrables et celles, dites fonctionnelles, où cette lésion n'existerait pas, ou tout au moins ne peut être démontrée par les procédés cliniques actuels.

I. — Albuminuries intermittentes chroniques d'origine rénale.

Les observations récemment publiées à la Société des hôpitaux montrent que des lésions rénales non douteuses peuvent entraîner une albuminurie intermittente chronique, persistant pendant de longues années, offrant une grande partie des caractères cliniques des albuminuries dites fonctionnelles, en particulier l'influence de la station debout.

Le début de l'affection peut, d'ailleurs, enlever toute hésitation. C'est à la suite d'une maladie infectieuse qu'on a vu l'albuminurie, d'abord permanente, devenir intermittente chronique ; le doute alors n'est point permis.

D'autre part, les jeunes sujets présentant cette forme d'albuminurie rénale chronique, tout en conservant une santé générale

(1) Suite, voyez le n° précédent.

suffisante et ne présentant pas les grands symptômes fonctionnels des néphrites, en auront toujours quelques-uns à l'état d'ébauche, à certains moments du moins.

On pourra noter un peu de bouffissure du visage et des paupières, quelquefois même de l'anasarque, de la céphalalgie, de la tension du pouls.

Mais ces symptômes, différents de ceux des albuminuries fonctionnelles, peuvent manquer dans certains cas, et, de l'avis de M. Teissier même, on peut trouver dans certaines albuminuries postnéphrétiques de l'hypotension artérielle.

Les ressemblances sont aussi très grandes lorsqu'il s'agit du syndrome urologique. Même variété dans l'apparition de l'albumine, mêmes causes la provoquant et, en particulier, influence presque exclusive de la station debout.

Il existe d'ailleurs, à côté des ressemblances du syndrome urologique, des différences qu'il faut s'efforcer de mettre en lumière : la pollakiurie nocturne ; la quantité d'urines au total dans les vingt-quatre heures plus élevée que dans les albuminuries fonctionnelles ; la polyurie vraie ; la densité moins élevée; l'urée et les matériaux azotés à leur chiffre normal ou diminué, mais pas augmenté comme dans l'albuminurie prégoutteuse ; l'absence du cycle urologique de Teissier. Enfin, l'évaluation de la perméabilité rénale peut fournir des renseignements de la plus haute importance.

L'examen cryoscopique des urines montre toujours, en pareil cas, l'insuffisance rénale.

Ces albuminuries intermittentes, d'origine rénale, peuvent aboutir à la guérison complète ; elles peuvent persister toute l'adolescence, sans entraîner de troubles sérieux de la santé générale. Elles peuvent réapparaitre après une période d'absence de plusieurs années. Ces albuminuries peuvent enfin aboutir au mal de Bright, sinon dans l'adolescence, au moins plus tard, et c'est là surtout ce qui fait la gravité de leur pronostic.

II. — Albumines intermittentes fonctionnelles.

a) *Débuts.* — L'albuminurie intermittente fonctionnelle ne s'observe que rarement au-dessous de sept ans. La plus grande fréquence paraît être de dix à dix-sept ans et coïncide surtout avec l'époque de la formation ou de la puberté.

Elle est toujours intermittente d'emblée, elle n'est point précédée d'une albuminurie permanente. Elle est plus souvent absolument insidieuse, ne s'accompagnant d'aucun symptôme rénal, ni brightique, et n'entraînant que des troubles très peu accentués de la santé générale. Aussi sa découverte n'est-elle souvent due qu'au pur hasard. Ce sont souvent des troubles vagues qui attirent l'attention, de la fatigue, des douleurs de tête, de l inaptitude au travail, quelques troubles digestifs, du vertige.

b) *Syndrome urôlogique.* — Le caractère principal qui domine les variations de l'albuminurie, c'est son absence dans les urines de la nuit et sa disparition si on fait coucher le malade.

D'autres influences peuvent favoriser la production de l'albuminurie : ainsi l'exercice, la marche, la danse, la gymnastique. En certains cas, on voit très nettement l'influence de la fatigue cérébrale, d'une émotion vive, ou bien ce sera l'influence de l'orage. L'influence des repas et de la digestion s'exercera surtout dans les albuminuries digestives, et beaucoup plus rarement dans les albuminuries fonctionnelles habituelles. Le plus souvent le régime lacté n'exerce aucune influence. Aucune de ces conditions ne s'exerce d'une façon absolue.

M. Teissier a montré que l'apparition de ces albuminuries présentait un cycle particulier se renouvelant tous les jours avec des maxima variant peu. Il peut être unique dans la journée ; dans d'autres cas, au contraire, on a constaté l'existence d'un double cycle quotidien avec deux maxima d'albuminurie.

Dans l'albuminurie prégoutteuse, Teissier a décrit un cycle urologique qui contient quatre périodes se caractérisant par les divers aspects pris par l'urine soumise à la réaction de Gubler.

La première période est caractérisée par l'excès du chromogène normal : on voit se former à l'union de l'acide et de l'urine un disque large, coloré en rose fuchsia intense (crise uro-érythrique). L'urine est généralement pâle ; dans d'autres cas elle est trouble, on peut y constater soit un excès de phosphates, soit un excès de carbonates. Cette première période répond généralement à la matinée, et l'urine ne contient pas d'albumine.

La seconde période est caractérisée par l'excès de chromogènes normaux, l'acide nitrique détermine la formation d'un disque acajou foncé, « crise urobilique ou hémaphéique de Teissier » ; quelquefois, dans cette période, on constate la présence d'indican dans les urines.

La troisième période du cycle urologique est celle de la crise albuminurique ; le maximum a lieu tantôt vers la fin de la matinée, ou tantôt vers deux ou trois heures de l'après-midi.

La quatrième période est caractérisée par l'apparition d'excès d'acide urique ou d'urée, « crise urique, crise uréique » ; l'acide détermine la formation, au-dessus du disque d'albumine, d'un disque d'acide urique, et la précipitation au fond du verre de cristaux d'azotate d'urée.

M. Gillet dit avoir constaté ce cycle urologique dans d'autres formes que dans l'albuminurie prégoutteuse.

La quantité d'albumine constatée est, en général, modérée.

Contrairement à ce qui se produit dans les albuminuries rénales, on observe une oligurie quelquefois légère, souvent très prononcée. Cette oligurie est surtout prononcée pendant le jour, au moment où l'albumine est sécrétée. On observe, au contraire,

de la polyurie nocturne. L'urine de la nuit l'emporte, comme quantité totale, sur celle du jour ; c'est le renversement du rapport normal.

La densité des urines est plus élevée que dans les albuminuries rénales. La densité des urines du jour est également plus considérable que celle des urines de la nuit.

Dans l'étude des éléments anormaux que l'on peut trouver dans l'urine, il faut tout d'abord citer un fait négatif : l'absence de cylindres.

L'indican est assez fréquent.

Gillet insiste sur la présence constante d'urobiline. D'après lui, l'urobilinurie serait plus constante que l'albuminurie et la commanderait toujours.

c) *Signes fonctionnels et généraux.* — Les symptômes observés du côté des autres organes et du côté de l'état général seront plus souvent très peu accusés.

Les symptômes fonctionnels peuvent manquer entièrement. Le plus souvent, on constatera de la céphalalgie, de la fatigue générale, de l'inaptitude au travail, des vertiges sur lesquels M. Merklen a attiré l'attention On trouve assez souvent des symptômes d'anémie et des troubles vaso-moteurs des extrémités, caractérisés par du refroidissement et de la cyanose.

On a signalé des palpitations, des intermittences cardiaques, le plus souvent d'origine digestive ; on trouvera l'estomac dilaté. Souvent le foie augmente de volume ; mentionnons également les troubles neurasthéniques.

d) *Variétés.* — 1° *Albuminurie cyclique prégoutteuse.* — C'est de beaucoup la variété la mieux établie des albuminuries intermittentes fonctionnelles ; elle réunit le plus grand nombre des cas des albuminuries des adolescents.

Cette albuminurie, dit M. Teissier, se montre dans les familles ayant les mêmes cachets pathologiques, évolue presque fatalement dans le sens des grandes dyscrasies constitutionnelles, plus particulièrement le rhumatisme et la goutte. Les antécédents neuro-arthritiques des jeunes adolescents sont constants. L'albuminurie présente à son plus haut degré le caractère cyclique. Elle apparaît entre midi et une heure, pour diminuer vers quatre ou cinq heures et disparaître le plus souvent à la fin de la soirée. Elle serait composée de séro-globuline avec prépondérance de la globuline.

La quantité rencontrée est le plus souvent modérée et ne dépasse pas un gramme.

Le syndrome urologique est très particulier : oligurie, azoturie, phosphaturie et excès d'acide urique et d'oxalate, urines denses et foncées, sont caractéristiques de cette forme.

Les symptômes fonctionnels généraux sont, en général : inaptitude au travail, quelquefois phénomènes neurasthéniques. Du

côté du cœur, un peu d'hyperexcitabilité, de l'hypertension artérielle, l'urticaire, le rhume des foins; les malades sont généralement gros mangeurs.

2° *Albuminurie hépatogène.* — Sa fréquence est considérable.

L'albuminurie hépatogène, liée à l'ictère acholurique, a une symptomatologie spéciale qu'elle tire surtout des signes de l'ictère : soit que, comme dans la cholémie anictérique, on observe toutes les réactions permettant de déceler la présence des pigments biliaires dans le sérum, soit qu'on observe les trois types d'ictère acholurique décrit par M. Gilbert :

a) Teinte jaune générale des téguments rappelant l'aspect du créole ;

b) Localisation de la teinte jaune à certaines régions : front, paupières, oreilles, cou, face antérieure du thorax et de l'abdomen, paume des mains et plante des pieds ;

c) Coloration spéciale de la face avec fond du teint jaunâtre, xanthélasma des paupières, pigmentation de la région palpébrale ou de la face, produisant un masque hépatique.

Les urines ne contiennent pas de bile, au moins par les réactifs habituels.

3° *Albuminuries digestives.* — Les albuminuries digestives, indépendantes de tout trouble hépatique, reconnaissent le plus souvent pour cause la dilatation de l'estomac.

Les urines sont pâles, limpides ; leur densité n'est pas très élevée. Le maximum d'élimination d'albumine correspond nettement à la période digestive, la peptonurie est constante ; les chiffres d'albumine seraient, d'après M. Teissier, plus élevés que dans l'albuminurie cyclique.

Les phosphates, dit M. Teissier, sont toujours en proportions si élevées, qu'il n'est pas étonnant de voir la plupart de ces cas englobés par certains auteurs sous le chef d'albuminurie phosphaturique.

Les symptômes spéciaux observés sont ceux des affections stomacales causales, joints à ceux des ptoses intestinales et rénales qui souvent les accompagnent ; phénomènes cardiaques réflexes, intermittence du pouls, hypotension artérielle et souvent signe d'anémie.

M. Teissier ne peut se défendre de voir dans cette forme même une intervention hépatique.

4° *Albuminurie orthostatique.*— Ces variétés prégoutteuse, hépatogène, digestive, sont toutes d'origine dyscrasique. La variété orthostatique paraît être, au contraire, d'origine mécanique.

Si on élimine tous les cas douteux, l'albuminurie orthostatique paraît représenter surtout une albuminurie d'origine nerveuse, dont l'observation de M. Marie est le type le plus net. On trouve chez ces malades une hérédité nerveuse absolument chargée. Les urines contiennent du mucus, indice d'un catarrhe des voies uri-

naires supérieures. Il n'y aurait pas de globuline (preuve pour M. Teissier de l'absence d'action du foie), mais uniquement de la sérine. La nucléo-albumine existerait toujours. L'albuminurie suivrait immédiatement et fatalement la station debout. Cependant, même dans les cas qui paraissent le plus nettement orthostatiques, l'albumine diminue et disparaît le plus souvent vers le soir, malgré la persistance de la station debout.

5° *Albuminurie prétuberculeuse.* — Voici les caractères particuliers de cette variété : l'albuminurie est intermittente, mais à cyclé irrégulier. Le maximum de l'élimination de l'albumine a lieu le matin. L'urine est pâle, riche en phosphates, la toxicité urinaire est augmentée. Enfin, M. Teissier a noté l'alternance des périodes d'albuminurie avec des poussées de congestion pulmonaire; d'autre part, la disparition de cette albuminurie au moment de l'évolution de la tuberculose. Cette variété, par son syndrome urologique, se rapprocherait surtout des albuminuries digestives : urines pâles, riches en phosphates.

L'alternance de cette albuminurie prétuberculeuse avec les poussées pulmonaires est expliquée d'une façon assez curieuse par MM. Arnozan et Teissier.

« Porteur d'un petit foyer invisible de tuberculose, un sujet, « généralement un héréditaire, puise dans ce foyer des sécré- « tions vaccinales, mais toxiques, qui le préservent de l'envahis- « sement tuberculeux, mais lui donnent des poussées congestives « du rein. Un jour ou l'autre, les choses changent, les substances « vaccino-toxiques ne se produisent plus, l'albuminurie disparait, « mais la tuberculose s'étend; et si celle-ci prend le dessus, l'al- « buminurie ne reparaît pas. » (Arnozan.)

L'albuminurie intermittente prétuberculeuse a-t-elle toujours le caractère spécifique que lui accorde M. Teissier ? L'albuminurie digestive, comme l'a montré Lenoir, est fréquente au début de la tuberculose et elle peut présenter la forme intermittente.

e) *Marche et pronostic.* — L'évolution et le pronostic des albuminuries fonctionnelles paraissent beaucoup plus favorables que ceux des albuminuries d'origine rénale.

La guérison absolue a été observée dans 78 0/0 des cas. L'albumine a disparu dans un laps de temps variant de deux à trois ans.

Les faits observés à l'égard de l'influence de l'albuminurie intermittente fonctionnelle sur les grossesses futures sont très rassurants. Sur sept jeunes filles (Teissier), quatre se sont mariées et ont eu un certain nombre d'enfants : pas une n'a eu de crise d'éclampsie ; une seule a présenté un peu d'albuminurie dans le cours de la gestation. Une jeune fille ayant présenté de l'albuminurie intermittente se marie et a trois grossesses, sans jamais présenter, pendant les grossesses, ni pendant l'allaitement, d'albumine dans les urines.

Il semble, d'après M. Teissier, que le pronostic des albuminuries digestives soit plus grave que celui de l'albuminurie prégoutteuse et orthostatique. M. Teissier considère l'albuminurie des sujets en apparence bien portants, comme un signe de méiopragie rénale.

III. — Traitement.

Dans l'albuminurie prégoutteuse on a signalé l'inutilité du régime lacté absolu, qui se montre le plus souvent sans action sur l'albuminurie, qui peut provoquer de la dilatation d'estomac et n'est pas suffisant pour faire les frais de la période de croissance. On s'adressera, de préférence, au régime lacto-végétarien avec adjonction de viandes blanches. On se rapprochera du régime alimentaire prescrit habituellement aux goutteux, en évitant la prédominance de l'alimentation carnée exclusive. On n'oubliera pas de défendre les aliments irritant le rein : gibier, tomates, etc.

Pour combattre l'oligurie habituelle dans cette variété d'albuminurie intermittente, M. de Grandmaison conseille, de préférence au lait, les boissons chaudes au repas sous forme d'infusion de tilleul (à la dose d'un demi-litre par repas). Les exercices physiques modérés, les massages, les frictions sèches ou autres sur le corps, les lotions froides même nous paraissent de la plus grande utilité.

Dans le cas d'albuminurie digestive avec dilatation d'estomac, il faudra, au contraire, restreindre la quantité des boissons et s'opposer aux fermentations digestives.

Dans l'albuminurie orthostatique et chez les sujets dont la croissance se fait mal, chez ceux qui présentent de l'amaigrissement, le régime lacté, qui est débilitant, paraît encore plus frappé d'impuissance. Dans certains cas, il ne faudra pas hésiter à donner les viandes rouges et même la viande crue. L'expérience montre, d'ailleurs, que ce régime ne provoque pas d'augmentation de l'albumine éliminée.

L'influence pour ainsi dire constante du décubitus sur la production des albuminuries intermittentes a conduit certains auteurs à conseiller le repos au lit prolongé. On a essayé ainsi de modifier le cycle albuminurique dans l'albumine prégoutteuse, en faisant coucher le malade au moment où l'albumine apparaissait habituellement ; on n'a réussi le plus souvent qu'à modifier l'heure d'apparition de l'albumine. On a conseillé le repos au lit pendant plusieurs mois. Ce régime nous paraît avoir le grave inconvénient d'anémier les malades, et on a vu trop souvent ceux-ci présenter, après plusieurs semaines de repos, de l'albumine à leur premier lever.

Chez les enfants dont la croissance se fait mal, qui maigrissent, tous les moyens physiques utiles pour relever les forces et la nutrition devront être employés. L'électricité paraît contre-indiquée ; de même les marches prolongées.

Le traitement médicamenteux paraît très limité.

On a vu l'administration d'alcalins à doses assez élevées (associations du bicarbonate de soude et des sels de lithine) diminuer rapidement la quantité d'albumine contenue dans l'albuminurie prégoutteuse. Chez certains enfants anémiés, on se trouvera bien des injections de cacodylate de soude. Ce moyen nous a donné personnellement de bons résultats.

Le traitement hydrominéral, si utile dans les affections diathésiques, jouera un rôle important dans les albuminuries intermittentes fonctionnelles, où l'action de la diathèse (goutte, arthritisme), de l'hérédité (hérédité biliaire, hérédité rénale), se rencontre à chaque pas.

Les cas si nombreux où le foie paraît être le *primum movens* de la maladie, seront justiciables des eaux alcalines, Vichy, surtout Châtel-Guyon et Saint-Nectaire. Evian sera indiqué dans les albuminuries prégoutteuses simples sans altération hépatique.

Les enfants déprimés, les orthostatiques purs se trouvent bien, en certains cas, de la Bourboule et surtout de Saint-Nectaire, dont les eaux à la fois alcalines et chlorurées sodiques exercent une action très reconstituante qui vient se joindre aux bons effets de la cure alcaline.

Le traitement des albuminuries intermittentes rénales se rapprochera beaucoup plus de celui des néphrites chroniques comme régime, comme médication. M. Gillet conseille la révulsion sur la région rénale. Mais là encore il sera inutile de soumettre les malades au régime lacté absolu. Il faudra s'occuper de relever leur état général, et ce faisant on leur permettra de guérir leur lésion rénale.

Evian et Saint-Nectaire seront indiqués.

On voit qu'il faut se garder de se laisser hypnotiser par l'albuminurie et la lésion rénale possible. Ne point prescrire de régime débilitant et s'occuper surtout de l'état général et des causes variées de ces albuminuries.

M. Gastou cite ici quelques faits cliniques qui viennent à l'appui du caractère familial de l'albuminurie intermittente.

Dans un cas il s'agit de la mère, de la fille et du fils, tous trois atteints d'albuminurie intermittente et ayant tous trois succombé à l'albuminurie.

Dans un autre cas il s'agit d'une famille constituée par deux frères et deux sœurs qui tous se marièrent et eurent des enfants. De ceux-ci la moitié présenta de l'albuminurie intermittente, tandis que les autres offraient tous les symptômes du neuro-arthritisme.

Il signale aussi un enfant atteint d'albuminurie intermittente chez lequel l'albumine disparut au cours d'une scarlatine, pour ne réapparaître qu'après guérison.

LA DÉFENSE DE L'ENFANT,

Par MM. OLLIVE et SCHMIDTT, rapporteurs.

La mortalité infantile, en France, est considérable. Elle dépasse le sixième de la mortalité générale. De ces décès, le tiers est évitable. Pour y arriver, il faut créer la défense de l'enfance. Bien des œuvres existent déjà dans ce but; mais, privées et très restreintes, elles ne peuvent s'adresser à tous les nourrissons et sont, par cela même, insuffisantes.

La puériculture doit s'exercer avant la procréation, pendant la grossesse, après l'accouchement. A chacune de ces époques, l'Etat, la charité privée, le médecin, ont un rôle bien déterminé pour la rendre vraiment efficace. Elle ne le deviendra réellement qu'après l'exécution des réformes suivantes :

Avant la procréation. — 1° Réglementation plus sévère de la prostitution et surveillance plus active des affections syphilitiques pendant le service militaire ;

2° Modification des lois sur la vente des alcools, suppression du privilège des bouilleurs de cru, diminution du nombre des cafés, réglementation nouvelle de leur police ;

3° Multiplication de l'enseignement des moyens prophylactiques contre la tuberculose, les intoxications professionnelles, les maladies infectieuses. Surveillance rigoureuse des ateliers et fabriques, surtout de ceux où l'on se sert de plomb, de mercure, de sulfure de carbone ;

4° Création de sanatoria et d'asiles de tuberculeux ;

5° Multiplication des œuvres luttant contre l'alcoolisme et la tuberculose : ligues anti-alcooliques, anti-tuberculeuses, cantines ouvrières.

Pendant la grossesse. — 1° Création de la défense légale de la femme enceinte, et pour cela :

a) Urgence de la promulgation d'une loi proclamant la nécessité absolue du repos obligatoire chez toute femme enceinte, six semaines au moins avant et six semaines après l'accouchement, et accordant, pendant ce temps, une indemnité de grossesse, égale au moins aux deux tiers du salaire, à toute femme salariée à quelque titre que ce soit, et des secours de grossesse à toute femme nécessiteuse.

L'indemnité de grossesse, comme les secours, ne sera continuée après l'accouchement, sauf avis médical s'y opposant, que si la femme allaite son nourrisson.

b) Fondation, dans tous les départements, d'asiles secrets, de maternités secrètes, où la fille enceinte, qui a une faute à cacher, pourra se réfugier à tout moment de sa grossesse, sans inquisition administrative. Le nom même ne pourra être demandé.

2° Multiplication des œuvres charitables en faveur de la femme enceinte;

3° Développement des moyens d'assistance médicale pendant la grossesse et le travail par la création de consultations obstétricales, de service de secours pour les opérations d'urgence, et par la modification de l'admission à l'enseignement des sages-femmes (suppression de la sage-femme de seconde classe).

Après la naissance. — I. Création de la défense légale du nourrisson par le vote d'une loi établissant :

1° L'obligation, pour tout nourrisson de 0 à 1 an, d'un certificat médical exigible tous les mois en hiver, tous les quinze jours en été;

2° La création :

a) De consultations gratuites de nourrissons au moins dans toutes les villes de France;

b) De crèches municipales et industrielles, dirigées par un médecin, et soumises à toutes les règles de l'hygiène de l'enfance, où, sans augmentation de la durée du travail, sans diminution de salaire, l'ouvrière viendra à heures fixes allaiter son enfant;

c) D'asiles d'enfants assistés, complément nécessaire de l'asile secret de la grossesse;

d) De secours d'allaitement pour toute femme pauvre. Ces secours devront être surtout en nature; le lait stérilisé ne sera distribué que dans les cas d'impossibilité reconnue d'allaitement maternel;

3° La modification de la réglementation de l'allaitement mercenaire, par la suppression de l'allaitement à distance, en dehors des enfants abandonnés, et l'obligation, pour les nourrices sur place, d'emmener avec elles leur enfant, qui sera, lui aussi, nourri au sein.

II. Multiplication des Gouttes de lait, des œuvres philanthropiques du lait et autres semblables, en en faisant surtout des consultations avec secours pour le nourrisson et en évitant l'abus d'une trop grande distribution du lait stérilisé.

III. Surveillance active du médecin qui favorisera de tous ses efforts l'allaitement maternel, le réglera et détruira les préjugés trop nombreux dont s'entourent les mères.

ROLE DU MÉDECIN DANS L'ÉDUCATION ET L'INSTRUCTION,

Par M. LE GENDRE.

Le médecin devrait avoir dans l'éducation une grande part, car il y a toute une série d'éléments d'appréciation que lui seul peut fournir. Sa connaissance des antécédents pathologiques lui fait prévoir le caractère de l'enfant. Il sait le rôle que joue l'hérédité sur l'état intellectuel et mental. De même qu'il y a une hygiène

alimentaire, il existe une hygiène cérébrale, une hygiène morale, que le médecin seul peut prescrire.

Dans l'instruction, l'intervention du médecin est tout aussi fructueuse. Qui plus que lui peut apprécier à quel âge l'enfant est en état de commencer ses études, et doser les connaissances à lui inculquer? Pour le choix de l'établissement d'instruction, il est le meilleur guide, car il connaît à fond la constitution de l'enfant.

Tout cela s'entend surtout du « médecin de la famille », personnage qui tend à disparaître malheureusement, car sa connaissance du passé pathologique de tous les membres lui permettait de donner des conseils d'une utilité incontestable au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie.

Dans le cours des études, que d'enfants, soi-disant paresseux ou d'intelligence médiocre, sont en réalité des malades dont l'affection, ignorée de leur entourage, serait dépistée par le médecin ! N'est-ce pas le cas des adénoïdiens, des petits dyspeptiques qui font de la stercorémie, ou des enfants présentant de l'albuminurie intermittente? Et ces enfants, chez lesquels l'onanisme est provoqué par des malformations du prépuce ou des vers intestinaux?

Il est indispensable que dans chaque établissement d'instruction, chaque enfant soit examiné de près et suivi par un médecin. Au moment de la puberté cet examen devrait être encore plus sérieux. Un peu plus tard, le médecin devrait s'attacher à mettre son jeune client en garde contre les maladies vénériennes, en lui dépeignant leurs conséquences immédiates et lointaines.

Au moment de l'orientation vers une carrière, quel conseiller peut être plus utile que l'homme expérimenté qui connaît le fort et le faible du corps et de l'esprit du jeune homme?

Le rôle du médecin d'un établissement d'instruction ne s'arrête pas là. Il doit être le collaborateur des maîtres.

Personne n'est plus autorisé que lui pour indiquer la durée et l'époque des vacances.

Il devrait participer au choix des méthodes, à l'élaboration des programmes, qui seront appliqués à des cerveaux qu'il connaît mieux que personne.

En tout cas, il y a un fait que nous devons d'ores et déjà faire connaître aux éducateurs: c'est la fréquence croissante des enfants à attention faible ou lente. La chose est indéniable. La conséquence qui s'impose, c'est l'adoption, pour les premières années d'études, de programmes simples.

LES STIGMATES HÉRÉDITAIRES ET LA PROPHYLAXIE SOCIALE,

Par M. GASTOU.

L'hérédité conceptionnelle (de fécondation) et l'hérédité congénitale (*in utero*) créent l'une et l'autre le stigmate dystrophique

(mort, malformation, arrêt de développement, prédisposition), quelle que soit la maladie toxique (alcoolisme, tabagisme, saturnisme), ou infectieuse (syphilis, tuberculose, etc.) qui l'ait produit.

L'hérédo-contagion, au contraire, se manifeste par le signe spécifique de la maladie causale, dont il indique la transmission directe de la mère à l'enfant.

Au stigmate correspond donc l'hérédité morbide, au signe spécifique la maladie héréditaire. Le stigmate est du domaine de la prophylaxie sociale et de l'hygiène publique; le signe est l'indicateur du traitement spécifique, de la prophylaxie individuelle et familiale.

Comme à l'origine du stigmate se trouve la propagation de l'espèce, c'est-à-dire l'amour, avec ses conséquences bonnes ou mauvaises et son irresponsabilité, ni la législation, ni la pénalité ne pourront réprimer les besoins de l'espèce et être des éléments prophylactiques utiles pour faire disparaître ou prévenir la propagation de la maladie toxique ou infectieuse qui crée l'hérédité morbide, et pour combattre la dégénérescence de la race et la dépopulation.

Punir est illusoire, inutile et dangereux. Instruire, prévenir, aider et secourir, est mieux et plus sûr.

Le rôle de l'hygiène et de la prophylaxie sociale ne doit pas se borner à la santé physique, mais il doit comprendre la direction de l'éducation et la surveillance de l'instruction. Le développement physique et moral de l'enfant ne part pas seulement de la naissance ; il commence avec les conditions dans lesquelles s'est faite la conception, il continue pendant la grossesse.

Puisque des conditions familiales et individuelles de l'enfant dépend son avenir, puisque la médecine, à notre époque, devient de plus en plus préventive, il est indispensable de donner aux mères les indications premières et les notions relatives à la connaissance des infections et des maladies contagieuses, qu'elles pourront ainsi éviter beaucoup mieux.

Développer l'individu physiquement, intellectuellement et moralement, c'est résoudre en partie une des difficultés du délicat problème de la dépopulation.

L'hygiène sociale infantile contribuera à la solution du problème, en donnant aide et protection à la mère et à l'enfant.

Au lieu de hurler à mort contre la prostitution et la débauche inhérentes à l'espèce humaine, au lieu de faire de la réglementation ou de s'abstenir systématiquement, au lieu de vouer au mépris les filles-mères, mieux vaut venir en aide à celles que la misère plus que le vice a dégradées. Bien mieux encore est de les secourir, de leur rendre le sentiment de la maternité en recueillant leurs enfants et les apprenant à les aimer : c'est le meilleur moyen de faire pour la mère, pour le père et pour l'enfant, de la

prophylaxie sanitaire et morale. C'est faire œuvre sociale utile que de rattraper par une bonne éducation morale et physique ce déchet de l'amour, qu'est l'enfant naturel.

A cette œuvre collaborent déjà les asiles-ouvroirs pour les femmes enceintes ou récemment accouchées, les crèches, les services d'allaitement, les sociétés de protection de l'enfance, de patronage des orphelins, les orphelinats et les écoles professionnelles.

Ainsi l'hygiène fait œuvre utile en s'occupant de la santé publique intellectuelle et morale, en instruisant les mères, en protégeant les enfants.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LE LAIT LIVRÉ A LA CONSOMMATION A NANTES,

Par MM. RAPPIN et BERTIN fils.

Nos examens ont porté sur cinquante échantillons prélevés dans différents quartiers de la ville. Nous nous sommes préoccupés d'abord de rechercher la richesse du lait en bactéries et, aussi, d'y déterminer les principaux microbes pathogènes.

Au point de vue de la richesse en microbes, les résultats ont été semblables à ceux que l'on obtient ordinairement dans ces recherches et un certain nombre d'échantillons nous ont donné des chiffres s'élevant à plusieurs millions par centimètre cube.

Pour la recherche des organismes pathogènes, nous nous sommes adressés à la méthode des inoculations au cobaye. Dans ce but, 76 animaux ont été inoculés, soit avec la crème, soit avec le lait, après centrifugation.

Sur ce nombre, six seulement survivent encore, tous les autres ont succombé à des infections variées et à marche plus ou moins rapide, dans lesquelles nous avons noté, au point de vue bactériologique, la présence du bactérium coli commune, du tétragène, des staphylocoques et du germe analogue morphologiquement au pneumocoque de Frankel. Les infections à coli-bacille ont prédominé de beaucoup, puisque ce germe a pu être isolé dans 29 cas sur 70 observations. Enfin, dans 4 cas, l'évolution et la marche clinique de la maladie provoquée et aussi certaines lésions macroscopiques notées à l'autopsie, font penser qu'il s'est agi ici, dans ces quatre cas, de tuberculose expérimentale.

M. Bonamy lit une note sur la crèche à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Il en résulte que, malgré tous les efforts, la mortalité y est encore de 20 0/0.

M. Terrien insiste sur le rôle du médecin dans l'éducation des anormaux; lui seul peut reconnaître ce qu'il y a d'utilisable pour redresser ces pauvres êtres.

DISCUSSION.

M. Queirel. — Imbu par expérience de l'utilité pour la femme enceinte du repos dans les derniers temps de sa grossesse, j'ai fait tous mes efforts pour obtenir de la commission des hospices de Marseille l'autorisation, pour les femmes qui doivent accoucher à la Maternité, d'être hospitalisées de un à deux mois avant l'événement. Le bien-fondé de cette mesure est mis en évidence par la petite statistique que voici. Dans 800 et quelques accouchements observés chez des femmes ayant pu se reposer pendant les derniers mois de la grossesse, les nouveau-nés pesaient en moyenne 3215 grammes, tandis que ce chiffre est tombé à 2800 grammes pour les enfants dont les mères sont entrées dans le service au moment, ou à peu près, du travail.

M. Pinard. — Le vieux puériculteur que je suis est profondément reconnaissant à ses confrères du concours qu'ils sont venus lui apporter, et heureux de l'ampleur qu'a prise la question.

Dans la puériculture trois points sont à envisager : avant la procréation, pendant la gestation, après la naissance.

1° *Avant la procréation.* — Celle-ci, pour être suivie d'un bon résultat, exige — vous le savez — des conditions physiques et morales. Il faut que les parents soient sains de corps et d'esprit, suivant l'expression courante. Nous irons plus loin et dirons que la procréation devrait être précédée d'une sorte de retraite, tellement est élevée la portée sociale de cet acte.

L'avenir de notre race est fonction de la qualité de la graine, et il faut faire la guerre sans merci à la syphilis, à l'alcoolisme, à la tuberculose, ces facteurs de dégénérescence.

Par suite, il faut donner dans toutes les écoles de France, à l'hygiène, la place primordiale qu'elle mérite dans l'enseignement, il faut dire à l'enfant d'où il vient, lui faire comprendre que c'est pour lui un devoir inéluctable que de transmettre à son tour cette graine intacte sinon améliorée.

Ces idées, je les ai développées à la Sorbonne devant les plus hautes sommités de la pédagogie, et elles ont été bien accueillies.

Le médecin a un rôle efficace et impérieux à remplir : dans sa clientèle il doit faire comprendre que dans la convalescence des maladies on ne doit pas se laisser aller à la procréation ; celle-ci exige le retour *ad integrum.* Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit. Dans beaucoup de familles — et la constatation est aisée à faire — des séries d'enfants vigoureux sont coupées par la venue d'êtres débiles sans qu'on puisse trouver d'autre explication que l'état de santé momentanément précaire de l'un des conjoints.

2° *Pendant la gestation.* — Tout en étant d'accord sur tous les points principaux avec mon ami Ollive, je lui reprocherai cepen-

dant d'avoir visé la défense non pas de l'enfant qui va naître, mais de la femme enceinte. Cette façon d'envisager la question n'est pas la bonne et conduit à des mesures regrettables. C'est ainsi qu'à Nantes vous avez bien un asile pour abriter dans les derniers moments de leur grossesse les femmes privées de ressources, mais on ne reçoit pas les récidivistes ! Pour moraliser la fille-mère vous abandonnez l'enfant !

Je sais que le législateur est saisi d'un projet accordant à la femme enceinte quinze jours de repos avant l'accouchement et six semaines après. Mais j'ignore comment dans la pratique le législateur reconnaîtra que la grossesse est arrivée à huit mois et demi.

La distinguée sage-femme en chef de la Maternité de Marseille a démontré, chiffres en mains, que c'est à sept mois, sept mois et demi que se font la plupart des accouchements prématurés. C'est exact. Aussi, pour remédier à ces accidents, il faut — et je le demande — *le repos obligatoire* pendant les trois derniers mois de la grossesse.

La dépense qui résulterait de l'adoption de cette mesure ne serait qu'apparente ; en réalité, elle constituera une économie.

Calculez, en effet, ce que coûtent toutes les femmes qui accouchent à blanc, c'est-à-dire en pure perte pour la nation ; calculez ce que coûtent de soins incessants les débiles qui, malgré cela, demeurent des non-valeurs pour le pays. Calculez ce que coûtent tous ces déchets sociaux, que supprimerait la réalisation de la mesure que je réclame.

On aurait ainsi économie d'argent et augmentation des naissances, question capitale pour la France si gravement menacée par la diminution de la natalité.

3° *Après la naissance.* — Je suis l'ennemi des crèches, parce que — tous les médecins d'enfants vous le diront — toute agglomération de ces petits êtres est un danger pour eux.

Je suis l'ennemi des Gouttes de lait parce que ces œuvres sont un encouragement à la mère pour ne pas nourrir elle-même, et je suis avec mon ami Brieux dans sa croisade contre ces femmes dont tout le monde voit les seins, excepté leurs enfants. Il faut, au contraire, et le plus tôt possible, inculquer dans l'esprit de la petite fille que le sein est donné à la femme pour l'allaitement.

La défense du nouveau-né est tout entière dans ce principe : *ne pas séparer l'enfant de la mère.* Aucune mercenaire ne peut remplacer la mère, la famille. La statistique a démontré que la Creuse était le pays où l'on perdait le moins d'enfants. Ce n'est pas que tous soient élevés au sein, car nombre de femmes viennent à Paris comme « remplaçantes », mais elles confient leurs enfants aux grand'mères, et dans ce milieu familial l'enfant est bien défendu.

Je le répète, la défense de l'enfant est tout entière dans ce principe : ne pas séparer l'enfant de la mère.

En résumé, je propose au Congrès de vouloir bien adopter le vœu suivant :

« Le Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, réuni à Nantes, émet le vœu que toute femme enceinte de six mois soit mise au repos obligatoire pendant les trois derniers mois de sa grossesse. »

M. Ollive. — Certainement l'enfant est très intéressant, mais la mère ne l'est pas moins. Nous ne devons pas abandonner celle-ci, et pour ma part je ne puis accepter qu'on la mette dans l'obligation, dans la nécessité de retourner à l'atelier huit jours après son accouchement. Aussi je maintiens ma conclusion relative au repos après l'accouchement.

M. Pozzi. — La question qui nous occupe peut être envisagée théoriquement et pratiquement. En théorie, elle est évidemment résolue et nous sommes, je crois, tous d'accord.

En pratique, la chose est discutable. L'Etat a-t-il le droit, en se plaçant au point de vue social, d'obliger une femme enceinte à quitter son travail ? Personnellement je crois que la société a le droit d'imposer pour sa défense des mesures semblables à celle qui vous est proposée. Mais il y a des défenseurs à outrance du respect de la liberté individuelle qui combattent la proposition de M. Pinard. On ne peut donc prévoir le sort qui lui serait réservé dans nos assemblées parlementaires.

Et puis il y aurait des dépenses immédiates considérables. Notre budget annuel est si chargé qu'il paraît, de prime abord, difficile de trouver les sommes nécessaires. Cependant il y a un exemple encourageant : je veux parler de l'adoption d'une loi ayant réalisé un grand progrès et que je suis fier d'avoir voté : la loi d'assistance médicale gratuite. Sa réalisation semblait se heurter à un obstacle financier insurmontable. Il a cependant été écarté par l'union de l'Etat et des départements. Aussi je crois que dans la rédaction du vœu il serait bon d'indiquer qu'il s'agit, là encore, d'une œuvre commune.

En terminant, je tiens à déclarer que je partage absolument les idées de MM. Le Gendre et Pinard en matière d'instruction. Le surmenage actuel des enfants est trop réel ; nombre d'entre eux sont fourbus dès le début et traversent des classes sans profit. L'examen final des études, en exigeant trop de la mémoire des enfants, les écrase ; il serait remplacé avec succès par des examens de fin d'année.

M. Treille. — Il est certain que le Parlement est animé des meilleures intentions en ce qui concerne les améliorations sociales comme celle qui nous est proposée ; mais quand il faut passer au vote des dépenses consécutives, les choses se gâtent. C'est qu'en effet nous traînons après nous un boulet qu'on oublie

un peu trop, la rançon de 1870, et cette année le budget semble présenter un déficit considérable. C'est donc une raison pour serrer de près le texte proposé et le rendre plus facilement acceptable.

Je pense que dans l'idée de M. Pinard il ne s'agit que des femmes salariées par l'industrie, et que, notamment, il n'a pas eu en vue les femmes de la campagne qui, placées en général dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, voient leur grossesse et leur accouchement évoluer normalement. Je crois donc qu'il y aurait intérêt à préciser ce point.

Autre question : qui supportera pécuniairement les conséquences du repos obligatoire? Avec le texte qui nous est proposé, c'est l'ouvrière, car on la met purement et simplement à la porte de son atelier trois mois avant son accouchement. Ce dommage serait évité, si aux mots « repos obligatoire » on ajoutait « et rémunéré ». Resterait encore à savoir qui supporterait cette rémunération?

Il serait aussi indispensable qu'on nous fît connaître les chiffres exacts sur lesquels est basée la dépense prévue pour l'application de la mesure proposée, au lieu de donner des évaluations approximatives conçues d'après des vues que nous ignorons.

Quant à la loi sur l'assistance médicale gratuite, je ne vous la donnerai jamais comme un exemple, car je l'ai combattue et la combattrai toujours, parce qu'elle est pleine d'imperfections et d'inconvénients de toute sorte.

En résumé, je crois qu'au Parlement il y aurait impossibilité absolue à adopter la proposition de M. Pinard dans les termes où elle est formulée. Il me semble qu'il y aurait avantage à présenter une rédaction se rapprochant de celle-ci :

« Le Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, réuni à Nantes, affirmant à nouveau l'intérêt majeur qu'il y a pour les femmes employées dans l'industrie à pouvoir se reposer pendant les derniers temps de leur grossesse et le mois qui suit l'accouchement, recommande au gouvernement, au législateur, aux départements et aux communes, de faciliter la tâche des œuvres qui se proposeraient de réaliser ce but. »

M. Pinard. — Le concours de nos confrères membres du Sénat nous est d'autantplus précieux que leur expérience parlementaire les met à même de nous aider à trouver le meilleur moyen de faire aboutir une idée sur laquelle nous sommes tous d'accord. Si le Congrès le juge à propos, nous pourrions nous réunir pour leur proposer un texte définitif.

Cette proposition, fut acceptée à l'unanimité et MM. Pinard, Treille, Ollive et Schmitt ont présenté le texte suivant qui a été adopté à l'unanimité :

Toute femme enceinte a droit à l'assistance nécessaire pour se trouver dans les conditions hygiéniques indispensables pour elle et

son enfant dans les trois derniers mois de sa grossesse et le premier mois qui suivra son accouchement.

Le Congrès invite les pouvoirs publics à prendre les dispositions nécessaires pour assurer l'exécution de cette mesure.

LYMPHOCYTHÉMIE AIGUE CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS,

Par M. ROCAZ (Bordeaux).

L'enfant qui fait le sujet de cette observation, âgé de quatre ans, se présenta à la consultation de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, porteur d'une angine pultacée accompagnée de fièvre; l'examen bactériologique démontra l'absence du bacille de Löffler dans ses exsudats pharyngés. L'angine guérit en trois jours, mais le malade resta fébrile et ne tarda pas à présenter un complexus symptomatique voisin de celui de la dothiénentérie : température élevée, diarrhée, langue sale et sèche, légère hypertrophie de la rate. Le séro-diagnostic de Widal fut positif. Au bout de huit jours la situation changea ; l'hypertrophie de la rate augmenta ; on nota de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée ; le teint devenait très pâle. L'examen du sang fut pratiqué ; le nombre des globules rouges était descendu au chiffre de 1.816.600 par millimètre cube ; en revanche, les globules blancs atteignaient le chiffre de 245.000 ; ceux-ci étaient presque exclusivement représentés par des lymphocytes (96,66 0/0). Le malade succomba vingt-cinq jours après le début de sa maladie, après avoir présenté de la gingivite hémorragique et une éruption de purpura pemphigoïde. L'examen des urines, pratiqué plusieurs fois au cours de l'affection, révéla la présence d'albumine et une quantité très exagérée d'acide urique.

L'autopsie démontra l'existence d'une hypertrophie considérable de la rate, des ganglions du foie et des organes lymphoïdes de l'intestin ; mais le fait le plus intéressant était la présence, dans le médiastin antérieur, d'une volumineuse tumeur ayant la forme et la situation du thymus ; cette tumeur, très dure, rosée, pesait 200 gr. L'examen histologique démontra qu'elle était formée par un réticulum très fin bourré de lymphocytes, au milieu desquels on retrouvait quelques corpuscules de Hassal, qui ne laissaient aucun doute sur son origine. Tous les autres organes étaient infiltrés de lymphocytes, particulièrement la rate, les ganglions et la moelle osseuse ; dans le foie les capillaires étaient très dilatés ; dans le pancréas les îlots de la Langherans n'étaient pas hypertrophiés ; le rein présentait, outre une infiltration leucocytaire abondante, les lésions de la néphrite épithéliale.

Les deux points intéressants de cette observation sont :

1° La marche rapide de l'affection, qui évolua en vingt-cinq jours, et son aspect pseudo-typhique du début.

2° L'hypertrophie considérable du thymus. Cette hypertrophie

a été souvent signalée, mais je ne crois pas qu'on en ait noté d'aussi accusée. Peut-être joue-t-elle un rôle dans la gravité de certaines leucémies aiguës de l'enfance, à marche très rapide.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE PROBABLE; GUÉRISON APPARENTE; VARIATIONS DE LA FORMULE CYTOLOGIQUE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN,

Par M. ROCAZ (Bordeaux).

On n'a encore publié aucun cas certain de guérison de méningite tuberculeuse ; quelques observations, cependant, tendraient à faire croire que cette guérison est possible ; la suivante est du nombre.

Un enfant de huit ans, issu de parents tuberculeux, est apporté en octobre 1900 à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, avec tous les signes d'une méningite tuberculeuse. Les accidents, dont le début est récent, consistent en vomissements à type cérébral continus, constipation, parésie des pupilles, irrégularité du pouls, céphalalgie, somnolence, rétraction du ventre, hyperesthésie généralisée, amaigrissement rapide, etc. Le malade présente un sommet douteux, et une volumineuse adénopathie trachéo-bronchique, caractérisée par du souffle et de la submatité interscapulaire. Le séro-diagnostic tuberculeux (méthode d'Arloing et Courmont) est positif. Une ponction lombaire donne issue à 15 cc. de liquide céphalo-rachidien très riche en lymphocytes.

Contrairement à l'attente générale, l'état de l'enfant s'améliore peu à peu ; au bout d'un mois, tous les symptômes méningitiques ont disparu ; l'état général est très satisfaisant. Une seconde ponction lombaire pratiquée à ce moment donne issue à un liquide qui ne renferme plus de lymphocytes. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Que signifie ce cas? Il paraît difficile de porter un autre diagnostic que celui de méningite tuberculeuse, que donnent à la fois la clinique et le laboratoire. Cette méningite est-elle guérie ? Au point de vue clinique on ne saurait l'affirmer, car, dans les méningites tuberculeuses, les périodes de rémission sont parfois très longues. Mais la disparition des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien est une présomption en faveur de la guérison. Il paraît, en effet, illogique que cette réaction lymphocytaire qu'on trouve dans des affections méningées silencieuses, disparaisse au moment où la méningite devient latente.

Peut-être en sera-t-il des méningites tuberculeuses comme des méningites septiques, et le cyto-diagnostic viendra-t-il démontrer l'existence de formes bénignes, où la guérison serait possible.

L'EPISTAXIS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

M. L. d'ASTROS (Marseille).

L'épistaxis, manifestation banale dans la seconde enfance, est relativement rare chez le nouveau-né, au-dessous de six mois; mais elle constitue chez lui un symptôme d'une signification très importante. Elle est très rarement abondante, ordinairement minime, constituée parfois seulement par l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Les conditions dans lesquelles elle se produit sont de trois ordres :

1° Elle peut être secondaire à une infection nasale, à un coryza: c'est surtout au cours des coryzas syphilitiques qu'elle apparaît.

2° Elle peut être secondaire à un état général grave, infectieux ou toxi-infectieux, sans localisation nasale préalable. L'hérédo-syphilis peut déterminer des épistaxis en dehors de cas de coryza. Il en est de même de certaines infections septiques. Elle est souvent alors associée à d'autres hémorragies, du côté de la peau, de l'intestin, etc.

3° Dans quelques faits, l'épistaxis apparaît comme une manifestation primitive et isolée chez un nouveau-né jusque-là en apparence bien portant. Ce sont les cas les plus intéressants en clinique. Tout d'abord l'épistaxis peut être la première manifestation extérieure d'une hérédo-syphilis. En dehors de la syphilis, l'épistaxis se montre parfois comme le premier symptôme d'une infection qui paraît se faire par les cavités nasales, peut rester cantonnée quelque temps dans les premières voies respiratoires et gagne souvent par la trompe d'Eustache l'oreille moyenne. La propagation aux voies respiratoires inférieures est fréquente, et l'on voit se développer des infections bronchiques et des broncho-pneumonies. Enfin la généralisation peut se faire sous forme de septicémie à tout l'organisme avec ces conséquences possibles (ostéomyélites, convulsions, etc.).

Il convient donc d'attribuer une grande valeur séméiologique à l'épistaxis chez le nouveau-né : une grande valeur diagnostique d'abord, puisqu'elle est toujours sous la dépendance d'un état infectieux : hérédo-syphilis ou infection septique en activité ou en puissance. Elle comporte, d'autre part, toujours un pronostic grave, non point par elle-même, puisqu'elle est habituellement peu abondante, mais en raison de l'état infectieux dont elle est la manifestation.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LA PERLÈCHE,

Par M. Gustave BUREAU et M. FORTINEAU.

La perlèche, bien connue au point de vue clinique, prête encore à discussion au sujet de son agent pathogène. J. LEMAISTRE (de Limoges) le premier, en 1886, a trouvé dans cette affection un micro-organisme spécial, un streptocoque, qu'il appelle *streptococcus plicatilis*. Depuis, autant d'auteurs s'étant occupés de cette question, autant de micro-organismes divers trouvés. RAYMOND a trouvé le staphylococcus ; cereus albus ; GUIBERT et HENRI MALHERBE, le staphylocoque blanc ; PLANCHE, le staphylocoque doré ; EYMERI, le staphylocoque blanc et doré.

Ayant eu récemment l'occasion d'observer une épidémie de perlèche, nous avons soumis à l'examen bactériologique quinze cas de cette épidémie et un autre cas isolé. Pour nos recherches, nous nous sommes servis de la culture en bouillon-pipette (milieu préconisé par SABOURAUD pour la recherche du streptocoque dans les lésions cutanées) ; de la culture sur gélose au sang de BESANÇON et GRIFFON, en employant le procédé de dilution de VEILLON, et enfin de la culture en tube de gélose profonde de LIBORIUS.

Dans tous les cas examinés, nous avons pu déceler et isoler le streptocoque. Sur les trente-huit examens que nous avons pratiqués, nous trouvons constamment ce micro-organisme, sauf dans un tube de gélose profonde, et huit fois il fournit des cultures pures.

Les germes qui lui étaient le plus fréquemmeut associés sont : le staphylocoque doré, dix-neuf fois; le staphylocoque blanc, trois fois; une sarcine à cultures lisses au centre et irrégulières à la périphérie, trois fois.

Chez deux enfants, chez lesquels nous avons pratiqué l'examen de la salive, nous avons pu y déceler la présence du streptocoque.

Nous avons recherché ce micro-organisme dans deux des gobelets dont faisaient usage les enfants atteints de perlèche, et dans l'un d'eux nous l'avons effectivement trouvé et isolé.

Nos tentatives pour reproduire l'affection chez les animaux, en sacrifiant les lèvres et la vulve d'une jeune femelle cobaye et d'une lapine, et en y déposant des cultures de ce streptocoque, sont restées sans résultats. L'inoculation de ce micro-organisme aux animaux a été aussi négative, sauf dans un cas où nous sommes parvenus à le rendre virulent pour la souris, en employant l'inclusion en sac de collodion.

De ces résultats nous concluons :

1° Que le streptocoque était bien l'agent pathogène des cas de perlèche que nous avons examinés ;

2° Que les résultats divergents obtenus par les divers auteurs tiennent vraisemblablement aux procédés différents d'examen employés.

3° Quand, se servant dans les recherches futures de milieux spéciaux (principalement de la culture en bouillon-pipette préconisée par Sabouraud), on arrivera fort probablement à démontrer ainsi que la perlèche est bien d'origine streptococcique, ainsi que le voulait Lemaistre.

SUR L'OCCLUSION CONGÉNITALE DE L'ORIFICE POSTÉRIEUR DES FOSSES NASALES,

Par M. Boulay.

Parmi les causes rares d'obstruction nasale chez l'enfant, l'oblitération de l'orifice postérieur des fosses nasales est une des moins connues. Il n'en existe guère qu'une soixantaine d'observations dans la littérature médicale.

Ayant eu l'occasion d'en opérer deux cas, je suis à même de mettre en évidence quelques particularités cliniques présentées par ce vice de conformation.

1° En premier lieu, il est surprenant de voir combien cette oblitération, même complète et bilatérale, peut être relativement bien supportée. Si quelques nouveau-nés atteints de cette malformation succombent rapidement à l'asphyxie ou à l'inanition, un bon nombre résistent : non seulement ils survivent, mais, après quelques mois d'existence plus ou moins pénible, ils prennent le dessus, s'accommodent à leur respiration défectueuse et atteignent l'âge de l'adolescence avec un développement presque normal et un état de santé qui peut être excellent. Ils supportent si bien leur infirmité, que ce n'est souvent qu'à quinze, dix-huit, vingt ans ou même plus tard qu'ils se présentent au rhinologiste.

2° Un second fait qui frappe dans la lecture des observations, c'est la fréquence des erreurs de diagnostic faites à propos de cette malformation. Cela tient, d'une part, à ce qu'elle n'a pas de symptomatologie propre, de l'autre, à ce que, siégeant dans une région peu accessible à l'exploration, elle demande à être recherchée.

Les symptômes fonctionnels de l'occlusion cho-anale sont ceux de toute obstruction nasale chronique ; or, comme les végétations adénoïdes sont la cause la plus fréquente de l'obstruction nasale dans l'enfance, c'est à elles que l'on pense tout d'abord en présence d'un enfant atteint d'occlusion cho-anale : on curette le pharynx nasal, on cautérise les cornets, on enlève une épine de la cloison. sans d'ailleurs aucun résultat. Nos deux malades avaient subi ces diverses interventions sans obtenir aucun soulagement.

3° Le diagnostic est cependant assez aisé, pour peu qu'on pense

à la possibilité de cette malformation d'imperméabilité absolue de l'une des fosses nasales ou des deux, le plus souvent remplies d'un mucus épais et demi-transparent; l'exploration avec le stylet arrêté par un plan résistant avec sa pénétration dans la pharynx nasal, les données de la rhinoscopie postérieure sont les principaux éléments de diagnostic.

4° Au point de vue du traitement, il faut savoir que le diaphragme obturateur est presque toujours osseux : peut-être ne l'est-il pas constamment au moment de la naissance ; mais, à l'âge où le malade vient le plus souvent réclamer une intervention, de dix à vingt ans, il est osseux en totalité ou en partie neuf fois sur dix. Quant à son siège, il est un peu plus souvent unilatéral que bilatéral, et c'est alors de préférence à droite qu'on l'observe.

Le traitement est plus ou moins facile, selon qu'on a affaire à un cas simple ou complexe. Les cas complexes sont ceux où l'occlusion cho-anale est accompagnée d'autres malformations : déviation de la cloison, atrésie des fosses nasales par arrêt de développement, cloisonnement du pharynx nasal.

La difficulté est d'obtenir un orifice large, qui ne se rétrécisse ou ne se comble pas dans la suite. En cas d'occlusion simple, on peut opérer sous la cocaïne ou le bromure d'éthyle : la perforation avec une tréphine mue par un tour électrique est alors le procédé le plus expéditif.

En cas d'occlusion complexe, il vaut mieux opérer sous le chloroforme. Dans un premier temps, on se donne de l'espace en réséquant l'éperon de la cloison ou le cornet inférieur gênant ; ensuite on perfore le diaphragme osseux au tour électrique ou bien à l'aide d'un ciseau et d'un maillet. Pour faire un large orifice, il ne faut pas craindre de mordre sur le bord postérieur de la cloison du nez, qu'on peut sans inconvénient détruire sur une profondeur d'un demi-centimètre: on fait ainsi communiquer largement les deux choanes et l'on detruit la ligne d'insertion du diaphragme osseux sur la cloison; c'est le meilleur moyen de prévenir la récidive sous forme de brines ou de membranes fibreuses.

FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ LES ENFANTS DU SECOND AGE,

Par M. BONAMY.

L'orateur expose le résumé de quarante-six observations de fièvre typhoïde chez des enfants du second âge. Deux cas se terminèrent par décès et se rapportent à des enfants dont l'âge se rapprochait le plus de l'âge adulte ; les trente trois enfants de moins de quatorze ans guérirent tous : résultat qui justifie une fois de plus le bon renom de la fièvre typhoïde infantile.

Le traitement consista : 1° en antiseptiques purgatifs, benzo-naphtol, eau chloroformée ; 2° en antipyrétiques, variant, selon la

gravité des cas, des lavements froids de sérum artificiel aux bains froids à 23°.

M. Le Gendre. — Si généralement la fièvre typhoïde est plus bénigne chez l'enfant que chez l'adulte, il n'en est pas toujours ainsi, et quelquefois elle présente une gravité très sérieuse en raison du terrain sur lequel elle évolue. C'est ainsi que les manifestations nerveuses importantes se montrent fréquemment de nos jours.

M. Tachard. — Je ne crois pas que l'enfant fasse mieux sa fièvre typhoïde que l'adulte ; je serais porté à croire que la différence de gravité tient à la médication par les lavements froids d'usage courant dans le traitement des petits dothiénentériques.

DES RELATIONS DE L'APPENDICITE AVEC LES VERS INTESTINAUX,

Par M. KIRMISSON.

Etant donnée la communication de M. Metchnikoff concernant les relations de l'appendicite et des vers intestinaux, j'ai prié mon interne, M. Delsmit, de poursuivre des recherches dans ce sens. Ses investigations ont porté sur les matières fécales de vingt et un enfants atteints d'appendicite et ont donné les résultats suivants :

Trois fois seulement il y avait absence d'œufs. Une fois on a trouvé des ascarides et dix-huit fois des œufs de tricocéphales.

A titre de comparaison, les mêmes recherches ont été faites chez des petits malades atteints, non pas d'appendicite, mais de fièvre typhoïde : sur douze enfants, neuf fois l'examen a été négatif.

Nous avons employé, dans les cas qui nous semblaient justiciables du traitement médical, le thymol recommandé par M. Metchnikoff. Nous avons donné looch huileux à doses fractionnées, à raison de huit à dix fois par jour, et dans ces conditions il est facilement supporté. Les résultats de cette thérapeutique ont été plutôt favorables ; nous avons vu se produire l'expulsion de quelques ascarides et cesser les crises douloureuses abdominales.

A noter que, de vingt et un malades, un était à sa troisième crise et six à leur deuxième.

Ces faits sont trop peu nombreux pour en tirer des conséquences fermes ; ce n'est là qu'une note d'attente appelant des recherches analogues.

M. Rapin (Nantes). — Dans un cas soupçonné d'appendicite, je fus chargé de rechercher si les selles ne renfermaient pas des helminthes ; l'examen fut négatif, mais nous avons trouvé en assez grand nombre le bacille de la tuberculose. A la suite de

cette constatation, l'opération, qui était imminente, fut abandonnée.

Il me semble que ce fait est de nature à encourager à pratiquer systématiquement l'analyse des matières fécales dans les cas où le diagnostic d'appendicite est douteux.

M. Treille. — Chez les Arabes, les vers intestinaux atteignent une fréquence intense, et cependant les accidents provenant de ce chef sont excessivement rares. En particulier, il n'y a presque pas d'appendicite chez les indigènes.

M. Broca. — Dans cette question des relations de l'appendicite et de l'helmintiase, il ne suffit pas de comparer les résultats de l'examen des matières fécales chez les appendiculaires et les non-appendiculaires ; il faudrait savoir aussi quelle est la différence entre les appendiculaires et les malades atteints des diverses formes d'entérite.

Ce point établi, resterait à déterminer si les vers sont la cause ou la conséquence de l'entérite.

M. Sevestre. — Je profite de cette occasion pour dire qu'un des cas cités par M. Metchnikoff, et qui provient de mon service, ne me paraît pas très convaincant.

Il s'agit d'une petite fille qui, à la suite d'une diphtérie, fut prise d'accidents généraux que mon interne, M. Girard, et moi, attribuâmes au sérum. Survint alors une péritonite généralisée qui nécessita une laparatomie. Une première incision fut faite sur la ligne médiane, puis une seconde au niveau de l'appendice, qui fut réséqué. A l'œil nu il paraissait sain, mais à son intérieur on trouva tricocéphale mâle et femelle et des œufs. Porté à l'Institut Pasteur, on y découvrit, à l'examen microscopique, une appendicite due au tricocéphale.

Pour ma part, je ne suis pas convaincu.

M. Le Gendre. — J'ai par devers moi deux cas d'appendicites opérées et dans lesquels on n'a pas trouvé d'helminthes. D'autre part, combien de fois ne trouve-t-on pas de lombrics dans la fièvre typhoïde ! Il faut donc, je crois, garder une prudente réserve.

TUMEUR SARCOMATEUSE, FERMETURE DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN CHEZ UNE FILLETTE DE DEUX ANS,

Par M. GUILLOT.

La tumeur était inopérable. Mort rapide en deux mois.

Ces tumeurs très rares ont été signalées dans le travail de M. Veit.

L'observation publiée est la première observation française. On en connaît seize autres cas tirés des publications étrangères.

MALFORMATION COMPLEXE DU TUBE DIGESTIF,

Par M. V. GUYOT.

Imperforation de l'anus chez un enfant de trois jours. Opération, mort. L'autopsie montre l'abouchement de l'œsophage dans la tranchée. En somme, malformation existant aux deux extrémités du tube digestif.

La mère avait eu un premier enfant sain et vigoureux. Il semble que les malformations présentées par ce deuxième enfant sont liées à une intoxication par l'oxyde de carbone, que la mère aurait subie pendant sa grossesse.

Les malformations présentées par cet enfant sont-elles au-dessus des ressources de la chirurgie ? M. Guyot ne le pense pas ; il croit que, deux ou trois jours après la cure de l'imperforation anale, on pourrait pratiquer la gastrostomie.

En tout cas, de cette observation se dégage la nécessité de faire un examen complet de chaque nouveau-né, ce que l'on omet trop souvent.

M. Kirmisson. — Je crois que la double intervention est justifiée ; je ne sais même pas si elle n'a pas été tentée ; cependant je ne crois pas qu'il y ait des cas de guérison.

M. Broca. — L'opération donne, en général, de très bons résultats. Je ne crois pas qu'il y ait une plus grande fréquence de mauvais cerveaux chez les imperforés que chez les autres malformés : pied-bot, polydactilie, etc.

Quant aux cas justiciables, en outre, de la gastrostomie, je ne les opérerais pas ; dans l'espèce, je suis essentiellement spartiate. Je ne me résoudrais pas à intervenir pour faire vivre quelques mois ces petits êtres avec une sonde de caoutchouc dans l'estomac.

PROCÉDÉ D'ANASTOMOSE TENDINEUSE PAR ACCOLEMENT LATÉRAL DANS LA PARALYSIE INFANTILE,

Par M. GUYOT.

Ce procédé est dû à M. le prof. Piéchaud (de Bordeaux). On ne sectionne pas de tendon et on se borne à un avivement latéral des muscles en présence analogue à celui que l'on pratique dans la staphylorraphie. Les deux surfaces avivées sont suturées d'abord par leur bord postérieur, par un surjet de soie fine, puis par leur bord antérieur.

D'une simplicité parfaite, ce procédé méthodique et d'une technique réglée donne d'excellents résultats et paraît supérieur pour l'anastomose du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros

orteil aux autres procédés décrits. Il a, depuis quelques années qu'il est utilisé, donné d'excellents résultats.

TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE ESSENTIELLE DES ADOLESCENTS PAR LA KINÉSITHÉRAPIE.

M. SAQUET, rapporteur.

La kinésithérapie est l'art de traiter les maladies par le mouvement.

La scoliose essentielle ou idiopathique est constituée par une déviation latérale de la colonne vertébrale.

Cette affection peut être divisée en trois catégories légères, de moyenne intensité et graves, ou encore en scoliose du premier degré dans lequel l'affection disparaît dans la position suspendue ou couchée ; du deuxième degré dans laquelle il y a formation d'une courbure de compensation ; enfin du troisième degré dans laquelle se produisent des déformations des vertèbres et des os de voisinage.

Dans les deux premiers degrés on peut obtenir, sinon une guérison anatomique, du moins en avoir l'apparence; dans les autres, on ne doit compter que sur une amélioration des phénomènes concomitants.

Pour le traitement de la scoliose, on devra employer la gymnastique orthopédique suédoise, méthode scientifique qui a fait ses preuves.

La gymnastique française ou allemande est plutôt déformante; les appareils de chambre : haltères, appareils de caoutchouc, etc., etc., sont insuffisants et souvent nuisibles.

Dans la scoliose, le meilleur des corsets ne vaut rien : c'est le résultat de l'observation des orthopédistes depuis une centaine d'années. MALGAIGNE a démontré jadis que le corset n'a jamais guéri la scoliose, mais amendé de mauvaises attitudes.

La scoliose, abandonnée à elle-même, ne guérit pas, c'est l'avis unanime des orthopédistes : il y a des cas légers et d'autres graves. La maladie s'aggrave surtout au moment de la puberté.

Soignée avant la période des déformations de compensation, l'affection peut guérir si le traitement est bien dirigé ; plus tard, on l'empêche de s'aggraver, on peut forcer le sujet à croître droit.

La gymnastique pédagogique suédoise a une grande utilité prophylactique, et il est à désirer qu'elle se généralise.

LA SCOLIOSE. SON TRAITEMENT. REDRESSEMENT. FIXATION. GYMNASTIQUE,

Par M. BILHAULT.

Le traitement de la scoliose doit consister à modifier le squelette d'abord, à lui restituer une forme se rapprochant autant que possible de l'état normal.

Ce problème est loin d'être insoluble pour les scolioses peu accusées. L'allongement du rachis, la fixation dans un corset plâtré inamovible, renouvelable toutes les six semaines environ, telle est la meilleure pratique.

En dehors des cas de scoliose dite « d'attitude », on ne doit accorder aucune créance à la gymnastique, au massage, à l'électrothérapie. Dès que l'on a la certitude qu'il existe une modification de structure des vertèbres, il faut une correction sérieuse et une fixation effective.

La fixation dans le plâtre devra être faite avec un très grand soin, le moindre pli dans le corset pouvant le rendre intolérable.

Une traction trop énergique, une constriction trop grande peuvent faire produire des eschares nécessitant la suspension momentanée du traitement. Le traitement devra être continué avec persévérance pour laisser à la nature le temps nécessaire pour le parachèvement de la correction.

Dans les scolioses très graves, on peut améliorer les sujets, mais les résultats sont toujours incomplets, surtout quand la croissance est près de son terme.

Dans les cas graves, la suspension verticale est notoirement insuffisante ; il faut recourir à l'emploi de l'appareil à traction horizontale dont la puissance est facile à graduer grâce à l'adjonction d'un dynanomètre.

Dans tous les cas où la fixation dans le plâtre sara jugée utile, les malades seront entraînés à rester assez longtemps suspendus ou étirés. L'application exacte du corset plâtré ne peut se réaliser si le patient ne demeure parfaitement immobile.

Cet entraînement comprendra parfois l'allongement et les pressions latérales ; par des séances quotidiennes, le malade arrive aisément, au bout de deux semaines, à rester quinze minutes suspendu, étiré et immobile.

Ce traitement ne modifie pas sensiblement les muscles du tronc, la mobilité des bras permettant aux muscles pectoraux et dorsaux de s'exercer utilement.

Toutefois, chez les sujets adipeux, l'amaigrissement se manifeste ; mais la disparition de tissu graisseux ne compromet en rien la vitalité des muscles, ni l'état général des malades.

Quand la direction générale du rachis s'est suffisamment modifiée, il est sage de remplacer le corset plâtré par le corset amovible, soit en bois, soit en cuir moulé maintenu par des armatures métalliques.

On utilisera alors avec fruit le massage et la gymnastique. Le développement musculaire corroborera les résultats et sera une nouvelle garantie de guérison.

Dans les cas extrêmes, l'aplomb parfait des vertèbres ne pouvant être obtenu, on substituera à l'appareil plâtré le corset avec tuteurs latéraux et bandes de pression sur les gibbosités costales.

THÉRAPEUTIQUE

LES APPLICATIONS DE L'HYPNOTISME A L'EDUCATION DES ENFANTS VICIEUX OU DÉGÉNÉRÉS

Par M. le Dr BÉRILLON.

Depuis 1886, nous n'avons cessé, dans un grand nombre de communications, d'appeler l'attention des psychologues et des sociologues sur la valeur de la *suggestion hypnotique* envisagée *au point de vue pédagogique*.

Au congrès d'*Anthropologie criminelle*, en 1896, nous avons démontré les services que la suggestion hypnotique est appelée à rendre comme adjuvant à la correction paternelle, notamment dans les cas de kleptomanie irrésistible chez les enfants (1).

Actuellement, en présence des résultats obtenus, on peut considérer la *méthode hypno-pédagogique* comme une science positive réunissant tous les éléments d'une véritable *orthopédie mentale*.

En effet, il n'est plus permis de méconnaître la valeur de la suggestion hypnotique employée comme agent moralisateur et réformateur dans le traitement des enfants pervers, kleptomanes impulsifs ou vicieux.

Nous avons jourmellement l'occasion de faire la démonstration expérimentale, lorsque des parents, justement préoccupés des tendancesimpulsives constatées chez leurs enfants viennent spontanément nous demander d'appliquer sur ceux-ci la méthode hypno-pédagogique.

L'emploi de ce procédé nous a déjà permis de guérir un grand nombre d'enfants réfractaires aux procédés habituels d'éducation et considérés à tort comme incorrigibles.

Dans un grand nombre de cas, le succès de la méthode hypno-pédagogique a été d'autant plus frappant et plus convaincant que les enfants soumis à ce traitement étaient sous la menace d'un internement immédiat dans une maison de correction et qu'on y recourait seulement à la dernière extrémité.

Pendant longtemps, il faut le reconnaître, beaucoup de bons esprits accueillirent avec indifférence et scepticisme nos communications sur la valeur pédagogique de la suggestion hypnotique. Aujourd'hui, le nombre des hommes éminents (médecins, magistrats, professeurs, etc.) que nous avons convaincus par des faits probants, est tellement considérable, que nous ne nous arrêterons plus à discuter les objections.

Nous nous bornerons à rappeler le cas d'un professeur de philosophie d'un lycée français qui, après s'être montré l'adversaire obstiné de l'emploi de la suggestion hypnotique en

(1) Comptesrendus du IVe Congrès d'Anthropologie criminelle ; Genève, 1896

pédagogie, fut placé dans la pénible obligation d'y recourir pour un enfant qui manifestait des dispositions vicieuses. La guérison rapide de cet enfant par la suggestion hypnotique l'obligea à revenir sur les conclusions qu'il avait publiées dans un nouvel article, il reconnut son erreur.

Dans notre pratique, les manifestations morbides auxquelles nous l'appliquons habituellement avec succès, sont :

1° La kleptomanie; 2° l'onanisme; 3° la perversité morale; 4° l'onychophagie.

1° *Kleptomanie*. — Ce qui caractérise l'impulsion kleptomaniaque que l'on observe fréquemment chez les enfants dégénérés, c'est l'automatisme et l'inconscience absolue qui président à l'accomplissement de l'acte. Lorsqu'on interroge ces enfants sur les motifs qui les ont poussés à accomplir un vol, ils font invariablement la même réponse : « Je ne sais pourquoi je l'ai fait, je n'ai pu faire autrement. » Il semble qu'ils aient agi comme s'ils étaient non seulement atteints d'inconscience, mais aussi dépourvus de tout pouvoir d'inhibition volontaire. La kleptomanie chez les enfants est donc la conséquence d'un défaut de discernement associé à un véritable état d'*aboulie*.

Les dégénérés doués d'une faible résistance contre les impulsions reflexes, prédisposés à l'accomplissement des mouvements automatiques ou inconscients, offrent un terrain favorable pour le développement de l'impulsion à s'emparer de l'objet de leurs convoitises. C'est ce qui explique le peu de succès des moyens coercitifs auxquels on a recours pour les guérir.

Au contraire, la suggestion hypnotique réalise toutes les conditions favorables à la guérison. Le sujet étant hypnotisé, c'est-à-dire placé dans l'état d'obéissance passive, reçoit sans les discuter et sans y résister, les suggestions destinées à éveiller sa conscience, en un mot à transformer des sensations non perçues en sensations conscientes.

De plus, les suggestions appropriées, faites également dans l'état d'hypnose, permettent de développer, en même temps que son attention volontaire, le pouvoir d'arrêt qui leur permettra de résister à l'impulsion.

Pour faire comprendre par quel artifice on arrive à guérir un enfant atteint de la manie de voler les pièces de monnaie, je vais donner un aperçu d'un procédé très efficace. L'enfant étant mis dans l'état d'hypnotisme, je le fais approcher d'une table sur laquelle j'ai placé une pièce de monnaie. « Tu vois cette pièce, lui dis-je, tu as envie de la prendre. Eh bien, prends-la si tu veux et mets-la dans ta poche. » Il le fait. J'ajoute alors :

« C'est ce que tu as l'habitude de faire, mais tu vas remettre dès maintenant la pièce d'argent où tu l'as prise, et tu agiras toujours ainsi. S'il t'arrive de succomber à la tentation, tu auras honte d'avoir volé, et désormais tu t'empresseras de remettre l'objet à sa

place. » Au bout de quelques séances de cette gymnastique mentale, exécutée dans l'état d'hypnotisme, l'enfant est généralement guéri pour toujours de sa mauvaise habitude. Un fait à noter, c'est que la guérison d'une habitude grave, obtenue par la suggestion hypnotique, n'est pas seulement le résultat d'une action automatique. Au contraire, elle s'accompagne le plus habituellement d'un réveil de la conscience et du sens moral. Nous en trouvons la meilleure preuve dans ce fait que l'enfant guéri en témoigne les plus vifs sentiments de reconnaissance.

2° Les habitudes d'*onanisme*, lorsqu'elles revêtent un caractère d'irrésistibilité, dénotent, chez les individus qui les présentent, des perturbations fonctionnelles profondes des centres cérébro-spinaux. Lors même que les sujets sont doués d'un certain développement intellectuel, on peut toujours constater qu'il existe une véritable *aboulie* par rapport à l'habitude automatique dont ils sont atteints. En effet, ces sujets, tout en ayant conscience des dangers que leur font courir les pratiques d'onanisme, se déclarent absolument impuissants à y résister.

On a imaginé un grand nombre d'appareils de contention et de *ceintures* dites *de chasteté* pour réprimer les habitudes d'onanisme chez les enfants. Aucun de ces appareils n'a jamais amené la guérison d'un seul malade. Au contraire, nous avons pu constater que l'usage prolongé des appareils de contention, ainsi que l'usage d'attacher les mains des enfants onanistes pendant la nuit, exerçait l'influence la plus mauvaise et avait pour effet de créer une disposition à l'*incurabilité de l'habitude* : nous affirmons même que l'emploi des appareils de contention et le fait d'attacher les mains semblent créer ce que nous serions tenté d'appeler l'*onanisme chronique.*

Cela est tellement exact que, lorsque nous éprouvons quelque difficulté à obtenir la guérison, nous pouvons, sans crainte de nous tromper, affirmer que l'enfant a été longtemps attaché pendant la nuit, ou qu'il a porté une ceinture de chasteté pendant plusieurs mois.

Il se passe quelque chose d'analogue à ce qu'on observe chez les aliénés longtemps soumis à la contrainte de la *camisole de force*. Ces malades ne tardent pas à revêtir un aspect particulier, et beaucoup d'aliénistes considèrent que l'emploi de ces moyens de coercition augmentent la disposition des troubles mentaux à passer à l'état chronique.

L'emploi de moyens de coercition dans le traitement de l'onanisme non seulement est sans efficacité, mais encore il augmente la gravité de l'habitude vicieuse. Cela tient à ce qu'il importe avant tout, non d'empêcher par des moyens mécaniques la réalisation de l'impulsion automatique, mais bien de procéder à la rééducation de la volonté et de créer chez ces malades de véritables centres psychiques d'arrêt.

Au contraire, on arrive assez rapidement à la guérison de l'onanisme par l'emploi de la suggestion hypnotique à laquelle il faut associer une gymnastique spéciale.

Voici notre procédé. L'enfant étant hypnotisé, nous lui levons les bras en l'air et nous lui suggérons l'apparition dans les bras d'une véritable *paralysie psychique*. Nous lui affirmons que lorsque l'impulsion à céder à l'onanisme se manifestera, la paralysie dont il est l'objet se reproduira immédiatement et qu'il sera, par conséquent, dans l'impossibilité matérielle de céder à l'habitude. En même temps, nous nous appliquons, par des suggestions appropriées à éveiller la conscience de l'acte répréhensible et à faire en sorte qu'il ne puisse plus l'accomplir inconsciemment. En général, il est nécessaire d'appuyer les suggestions par des raisonnements et d'invoquer les arguments les plus capables d'imposer l'horreur de l'onanisme.

Après deux ou trois séances, les sujets ne tardent pas à reconnaître qu'ils sont capables de résister dans une certaine mesure à l'impulsion. Bientôt leur résistance s'organise et la guérison s'établit.

L'argumentation devra varier selon le degré de culture morale et les influences du milieu. C'est là affaire de tact.

Dans certains cas, l'impulsion à l'onanisme se trouve associée à de véritables altérations du *sens moral*. Il est évident, dans ces cas-là, que l'on devra utiliser l'état d'hypnotisme non seulement pour procéder à la rééducation de la volonté et à la création de centres psychiques d'arrêt, mais aussi à l'éducation de la sensibilité morale.

On ne saurait s'imaginer à quel point la provocation préalable de l'état d'hypnose augmente la puissance de la suggestion. Quand l'hypnotisme est obtenu, la guérison est la règle. Sans l'hypnotisme, la suggestion pratiquée à l'état de veille ne donne que des insuccès. C'est pourquoi nous pouvons déduire de notre pratique, déjà longue, que c'est l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant dans la guérison de l'onanisme et des états mentaux qui s'y rattachent.

La durée du traitement varie nécessairement selon l'ancienneté des habitudes et le terrain névropathique sur lequel elles se sont développées. Chez les onanistes dont le développement intellectuel est suffisant et dont les stigmates de dégénérescence sont peu accentués, la guérison de l'onanisme par la suggestion est rapide et durable.

3° *Perversité morale. — Troubles du caractère. — Paresse.*

Les dispositions du caractère présentent de grandes variétés individuelles. Chez les animaux, de même que chez l'homme, ces dispositions évoluent entre ces deux termes : docilité et méchanceté. Chez l'enfant, l'analyse du caractère est difficile et

l'on observe un nombre infini de modalités. Cela tient à ce que les aptitudes héréditaires sont contrariées par les influences de milieu. Ces influences, à notre avis, jouent le rôle prépondérant dans la constitution de la personnalité ; cependant, abstraction faite de toute influence de milieu et de toute action éducative, un certain nombre d'enfants se montrent naturellement dociles et doux, tandis que d'autres se montrent indociles et méchants.

La plupart des auteurs ne voient dans la méchanceté et l'indocilité que des manifestations de la dégénérescence héréditaire. En réalité, pas plus chez l'homme que chez les animaux, la méchanceté n'est l'apanage de la dégénérescence. Des individus très robustes, de race très pure, sont d'emblée méchants ; d'autres, très dégénérés, sont très doux.

Quelle que soit la cause originelle de la méchanceté de l'enfant, il convient de recourir, pour la modifier, à une éducation spéciale et à un véritable dressage.

Le but de ce dressage sera surtout de créer chez l'enfant de véritables centres d'arrêt psychique et de procéder à une éducation systématique de la volonté. L'abscence de la volonté d'arrêt conduit fatalement l'individu à la dégradation par la satisfaction exagérée des appétits. Par extension, l'absence de la volonté d'arrêt devient donc un facteur important dans la provocation de la dégénérescence.

La méthode d'éducation systématique de la volonté d'arrêt consiste dans l'emploi de la suggestion hypnotique. Les résultats de cette méthode sont extrêmement frappants. Elle permet en peu de temps d'obtenir la transformation des sentiments pervers, des habitudes automatiques, des impulsions irrésistibles.

Il est très remarquable de constater que les mêmes enfants qui se montrent absolument indociles et insociables à l'état de veille, deviennent immédiatement malléables et éducables, dès qu'ils sont plongés dans l'état d'hypnotisme.

4° Le mot *onychophagie* est un néologisme que nous avons créé pour désigner l'habitude de se ronger les ongles. Cette habitude est extrêmement répandue chez les enfants. Nous avons démontré, dans un travail documenté, qu'elle était fréquemment associée à l'existence des stigmates de dégénérescence et à d'autres habitudes vicieuses. Bien que l'onychophagie soit difficile de guérir chez les dégénérés, dès que l'on a recours à l'hypnotisme, la guérison s'obtient au contraire avec la plus grande facilité.

Voici dans toute sa simplicité le procédé dont nous vérifions chaque jour l'efficacité chez les enfants atteints d'onychophagie.

Le malade étant hypnotisé et assis dans un fauteuil, les deux avant-bras reposant sur les appuis du siège, je saisis une des mains et je la maintiens solidement. Je dis alors au sujet :

« Essayez de porter votre main à votre bouche et de vous

ronger les ongles. — Vous voyez que vous ne le pouvez pas. — La pression que j'exerce sur votre main est un obstacle que vous ne pouvez vaincre. — Eh bien, lorsque les circonstances dans lesquelles l'habitude se renouvelle surviendront, vous éprouverez dans la main la même sensation de pression que vous ressentez en ce moment. Votre bras vous paraîtra lourd à soulever. Cette fois, la résistance sera constituée non plus par ma main, mais par une véritable impuissance. La force à dépenser pour vaincre la résistance vous donnera le temps de vous ressaisir, d'avoir conscience du mouvement que vous alliez exécuter et de faire intervenir votre propre volonté. » Je répète cet exercice à plusieurs reprises, pour l'une et l'autre main, et la séance est terminée.

Habituellement, les sujets éprouvent toutes les sensations suggérées. Ainsi, dès le lendemain de l'opération, chaque fois que la main se soulève automatiquement pour se diriger vers la bouche, ils éprouvent nettement dans l'avant-bras une sensation qui contrarie le mouvement. Cette sensation d'arrêt est telle que beaucoup accusent dans le bras un réel engourdissement, qui se reproduit à l'occasion de chaque mouvement d'élévation. Ces sensations sont d'ailleurs passagères. Lorsque l'action curative n'a été exercée que sur un seul bras, l'autre membre continue à céder à l'habitude automatique, et ce fait constitue une expérience de contrôle du plus grand intérêt,

Conclusions. — La mise en œuvre de la méthode hypno-pédagogique, en apparence assez simple, nécessite de la part de l'opérateur une certaine compétence et des aptitudes spéciales. Nous estimons même qu'elle est une opération d'ordre essentiellement médical et qu'elle gagne à rester sous la direction d'un médecin neurologiste ou psychiâtre.

Il convient également de limiter les applications au traitement des enfants vicieux, impulsifs, récalcitrants, manifestant un penchant irrésistible vers les mauvais instincts, en un mot, aux enfants qui sont réfractaires aux procédés habituels d'éducation.

La méthode n'est applicable ni aux idiots, ni aux imbéciles, ni aux sujets atteints de débilité mentale. Son efficacité est en rapport avec le degré de développement intellectuel du sujet.

Les impulsions instinctives et automatiques, qui disparaissent facilement chez les individus normaux sous l'influence de l'éducation, se montrent d'une extrême ténacité chez les dégénérés. Chez ces sujets, pour obtenir une transformation favorable, la suggestion à l'état de veille, quelle que soit l'autorité de l'éducateur, se montre impuissante. Au contraire, la suggestion acquiert une remarquable efficacité lorsqu'elle est faite dans l'état d'hypnotisme. Nous considérons donc que l'application de la méthode hypnopédagogique, ce n'est pas la suggestion, mais l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant. Les guérisons obtenues par son intervention sont durables, et la méthode d'une innocuité absolue.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

PARALYSIE FACIALE CONGÉNITALE DU COTÉ DROIT

AGÉNÉSIE DE LA PORTION PÉRIPHÉRIQUE DU NERF FACIAL DES DIVERSES PARTIES CONSTITUANTES DE L'OREILLE DU COTÉ DROIT. — ATROPHIE PROBABLEMENT SECONDAIRE DE LA RACINE ET DU NOYAU DU FACIAL,

Par MM. A.-B. MARFAN et ARMAND-DELILLE.

Chez le nouveau-né, la paralysie faciale est le plus souvent la conséquence d'un traumatisme obstétrical ; elle est due ordinairement à une application de forceps. Cependant, depuis longtemps déjà, on a signalé des cas de paralysie faciale chez des nouveau-nés venus au monde par un accouchement spontané ; mais, jusqu'en ces dernières années, on considérait ces paralysies comme ayant également leur origine dans un traumatisme obstétrical ; on les attribuait à la compression du nerf sur le promontoire (compression favorisée par le rétrécissement du bassin ou par l'inclinaison de la position), sur les ischions, sur le pubis, sur une tumeur du bassin. A coup sûr, cette manière de voir s'applique à quelques cas, comme le démontre la présence d'un sillon sur la face du nouveau-né (1).

Mais elle n'est pas applicable à la plupart des faits de paralysie faciale des nouveau-nés venus au monde par un accouchement spontané. Il est démontré aujourd'hui qu'il y a des paralysies de la 7e paire qui se développent pendant la vie intra-utérine, dépendent d'un vice de développement de l'appareil nerveux, et méritent seules le nom de congénitales. D'après le Dr CABANNES, à qui on doit une étude d'ensemble sur ce sujet, il en existe deux formes cliniques (2).

(1) A. ROULLAND. A propos de quelques faits de paralysie du nouveau-né. *Thèse de Paris*, 1887. — L. KNAPP. Un cas de paralysie faciale chez le nouveau-né à la suite d'un accouchement spontané. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1896, n° 27, p. 705, 4 juillet.

(2) Dr CABANNES (de Bordeaux). Etude sur la paralysie faciale congénitale, *Revue neurologique*, 30 novembre 1900, p. 1011, n° 22. Aux cas rassemblés par cet auteur, il convient d'ajouter celui qu'HENOCH a rapporté dans ses « Leçons cliniques sur les maladies des enfants » (traduction française, 1883, p. 181) ; celui qu'HOPPE SEILER a mentionné dans ses « Affections de la moelle allongée chez les enfants » (*Deutsche Zeitschrift fur Nervenheilk*, 1892).; le premier des cas rapportés par HEUBNER dans son mémoire : Ueber angeborenen Kernmangel (*Charité-Annalen*. XXV Iahrg), ce dernier cas avec autopsie ; enfin un cas rapporté récemment par LAGRANGE dans un article sur l'ophtalmoplégie congénitale ((*Bulletin médical*, 12 juin 1901).

Dans la première, il s'agit d'une paralysie *bilatérale*, d'une diplégie faciale, caractérisée : 1° par une paralysie de tous les muscles de la face, avec prédominance sur l'orbiculaire des paupières et le frontal, et intégrité relative des muscles du menton ; 2° par son association fréquente avec des paralysies oculaires, particulièrement des deux droits externes : 3° par sa coexistence fréquente avec d'autres malformations congénitales (luette bifide, malformation des paupières, pied-bot, syndactylie, etc.).

La seconde forme est la paralysie faciale congénitale *unilatérale*. Elle est caractérisée : 1° par une paralysie du visage, limitée à un seul côté, avec intégrité relative des muscles du menton ; 2° par sa coexistence possible, mais rare, avec des paralysies oculaires et d'autres malformations ; 3° par la possibilité de son association avec des troubles sensitifs et vaso-moteurs superposés aux phénomènes paralytiques.

Ces paralysies sont ordinairement incurables ; mais elles sont compatibles avec une assez longue existence. Les autopsies étant assez rares, on discute encore sur leur origine. Toutefois, si l'on considère que la forme bilatérale coïncide ordinairement avec des paralysies oculaires, que cette coïncidence a été relevée quelquefois dans la forme unilatérale, on est porté à penser que ces paralysies relèvent le plus souvent d'une atrophie intra-utérine des noyaux du mésocéphale. C'est là l'hypothèse soutenue par Mœbius. En attendant que cette supposition soit confirmée par des examens anatomiques plus nombreux (1), il faut savoir qu'il existe des cas de paralysie faciale congénitale dont l'origine est certainement périphérique. Ainsi Geyl a rapporté l'histoire d'un nouveau-né atteint d'une paralysie faciale congénitale, coïncidant avec diverses anomalies de la face ; la cause de ces troubles était une bride amniotique (2).

Le cas que nous allons rapporter nous paraît aussi offrir un exemple de paralysie faciale congénitale d'origine périphérique, et il nous semble qu'il ne rentre dans aucun des groupes précédents.

Il s'agit d'une paralysie faciale congénitale du côté gauche, coïncidant avec une agénésie de l'oreille, et paraissant avoir son origine dans un trouble du développement du rocher. Ce cas s'étant terminé par la mort, et une autopsie assez complète ayant pu être faite, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en donner la relation.

(1) Le cas de Heubner que je signale dans la note précédente est un des rares que l'on puisse invoquer en faveur de cette hypothèse. Il s'agit d'une paralysie congénitale de la musculature externe des deux yeux, accompagnée d'une paralysie complète du facial gauche et d'une paralysie légère du facial droit. A l'autopsie, on constata l'absence des noyaux de la 3e paire à droite et à gauche, une atrophie bien marquée du noyau du facial gauche, et une atrophie légère du facial droit.

(2) *Centralblatt f. Gynækologie*, 1896, n° 24, 13 juin.

Le 7 janvier 1901, on apporta à l'hôpital des Enfants-Malades une fillette de trois mois et demi, qui était atteinte d'une paralysie faciale datant de la naissance, et qui présentait en outre tous les symptômes de l'athrepsie.

Antécédents héréditaires. — Le père, ouvrier électricien aux tramways, est un homme violent, très nerveux, mais qui ne paraît pas alcoolique. La mère est impressionnable, sujette à des pertes de connaissance. Elle a déjà eu un enfant qui est mort de convulsions à l'âge de six semaines. On ne retrouve pas de traces de syphilis dans le ménage. Notre malade est venue au monde après une grossesse difficile, pendant laquelle la mère a été fatiguée et sujette à des crises nerveuses ou à des pertes de connaissance plus fréquentes.

Antécédents personnels. — Après cette grossesse pénible, l'enfant est née avant terme, à huit mois. L'accouchement a été naturel ; les suites de couches ont été bonnes. A la naissance, l'enfant était très chétive ; elle ne pesait que 1.750 grammes. Dès qu'elle vint au monde, on remarqua la déviation des traits, qui révélait la paralysie faciale. La mère a essayé de lui donner le sein ; mais l'enfant, en raison de la paralysie, était incapable de téter ; par contre, elle prit bien le biberon. On lui donna donc toutes les deux heures un biberon renfermant trois cuillerées à soupe de lait stérilisé et trois cuillerées à soupe d'eau de Vichy. La nuit, l'enfant prenait deux biberons. Elle eut, dans les premiers jours, cinq à six selles par jour, jaunâtres ou presque blanches. Puis, la diarrhée cessa, et la fillette augmenta de poids; la diarrhée reparut de temps à autre ; néanmoins, l'enfant continua, paraît-il, à prospérer. Mais, trois semaines environ avant son entrée à l'hôpital, elle eut des vomissements, une diarrhée plus abondante ; en même temps, elle se mit à tousser. A partir de ce moment, elle dépérit rapidement, et on la conduisit à l'hôpital.

A son entrée, étant âgée de trois mois et demi, elle ne pèse que 3 kilos ; habitus athrepsique ; selles dyspeptiques ; température normale ; auscultation négative.

Mais cette athrepsie vulgaire présentait deux particularités remarquables : 1° *une paralysie faciale complète du côté droit ; 2° une malformation du pavillon et du conduit de l'oreille du même côté.*

La paralysie faciale est manifeste au repos ; mais ces signes s'accusent quand l'enfant crie ou pleure. Dans la moitié droite de la face, tous les sillons normaux sont effacés (front, joue, lèvres, menton) ; les paupières de l'œil droit sont toujours ouvertes, et cette inocclusion persistante a déjà engendré des ulcérations de la cornée. Pas de larmoiement. La bouche est fortement attirée par la commissure labiale gauche. La joue est flasque. La succion du sein a été impossible ; celle du biberon est relativement facile. La luette ne paraît pas déviée.

L'examen électrique, pratiqué par M. LARAT, a montré l'absence complète d'excitabilité du nerf et de contractilité des muscles, aussi bien avec les courants galvaniques qu'avec les courants faradiques. C'est comme si le tronc du facial eût été complètement détruit. Les muscles du menton sont aussi paralysés que ceux de la partie supérieure de la face.

Il n'y a aucun signe de paralysie des muscles oculaires; les mouvements du globe et ceux de la pupille sont normaux; il n'y a pas de strabisme.



FIG. 1.
Aspect de l'oreille du côté droit.

La sensibilité à la piqûre, de la moitié droite de la face, nous a paru égale à celle de la moitié gauche.

La motilité et la sensibilité des membres sont normales.

Le pavillon de l'oreille droite est réduit à un petit moignon informe. C'est une membrane enroulée, formant un bourrelet demi-circulaire, ouvert en bas. Le lobule et le tragus font défaut. En soulevant le bourrelet, on découvre l'entonnoir de la conque, qui conduit à un cul-de-sac encombré de débris épidermiques. M. CUVILLIER, qui a bien voulu examiner l'oreille, a enlevé ces débris et a fini par trouver le petit orifice d'un canal dans lequel s'engage un stylet de 1 millimètre de large, qui s'enfonce jusqu'à

un centimètre environ ; il bute contre une surface osseuse dénudée, sans qu'il ait rencontré de membrane tympanique. L'apophyse mastoïde du côté droit semble un peu plus aplatie que celle du côté opposé.

Bien que nous n'eussions jamais rencontré des cas de ce genre, il nous sembla qu'un seul diagnostic était possible : *arrêt de développement de l'oreille externe et de l'oreille moyenne ; corrélativement, absence de développement du nerf facial, et paralysie faciale totale.* L'idée d'une paralysie faciale obstétricale devait être rejetée, puisque l'accouchement avait été facile et s'était terminé rapidement, sans application de forceps.

L'athrepsie dont la fillette présentait des signes dès son arrivée fit de rapides progrès. Malgré la rigueur avec laquelle fut institué l'allaitement artificiel, malgré l'absence de troubles digestifs sérieux, le poids diminua, des râles crépitants furent entendus à la base des deux poumons, le sclérème apparut aux membres inférieurs, et l'enfant succomba en hypothermie, dix jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — L'autopsie a révélé les lésions que l'on rencontre chez les nourrissons atteints de dyspepsie chronique et d'athrepsie. Il est inutile de les décrire ; je noterai seulement l'existence d'une bronchopneumonie à noyaux discrets, disséminés aux deux bases, lésion à peu près constante chez les athrepsiques.

Les conditions dans lesquelles a été pratiquée l'autopsie n'ont pas permis de disséquer la face. Mais nous avons pu enlever le rocher, le cerveau, la protubérance et le bulbe. Disons d'abord que nous avons pu constater *l'absence du tronc du facial périphérique dans son trajet extra et intra-pétreux.*

La coupe du *rocher* a été pratiquée par M. Tramond, préparateur d'ostéologie à la Faculté de médecine. Elle n'a permis de reconnaître aucune des parties constituantes de l'oreille. La caisse manque complètement, le trou stylo-mastoïdien et le conduit du nerf facial font défaut. L'oreille interne n'est pas reconnaissable, ainsi que le trou du nerf acoustique. En un mot, le rocher est représenté par une petite masse osseuse, dans laquelle on n'a pu retrouver les organes qu'il renferme à l'état normal.

Le cerveau nous a paru normal.

En examinant la protubérance annulaire, on trouve l'origine apparente des deux nerfs de la VII[e] paire. A gauche, la disposition est normale ; à droite, on voit trois faisceaux correspondant à la sortie des nerfs auditif, facial et intermédiaire de Wrisberg ; mais ils sont sensiblement plus grêles qu'à gauche, et il semble qu'ils s'atrophient ensuite, car on perd presque tout de suite leur trajet à la base du crâne.

M. P. Armand-Delille s'est chargé de l'examen histologique de la protubérance, pour rechercher l'état des noyaux d'origine.

Examen histologique de la protubérance annulaire. — Les coupes

les plus intéressantes de la protubérance sont les coupes transversales qui passent au niveau des noyaux de l'oculo-moteur externe et du facial (fig. 2). Ces coupes ont été colorées avec la méthode de Nissl. En les examinant à l'œil nu par transparence, on trouve que les deux moitiés ne sont pas tout à fait égales; la partie droite de la préparation paraît avoir des dimensions légèrement inférieures à celles de la moitié gauche. Avec un faible grossissement, on voit qu'à gauche les noyaux sont nor-



Fig. 2.

Photographie d'une coupe transversale de la protubérance, passant par les noyaux de la VI[e] et de la VII[e] paire (gross. : environ 10 diamètres).
En bas, plancher du 6[e] ventricule, avec les noyaux de la VI[e] paire.
En haut et en dehors de ces noyaux, ceux de la VII[e] paire, celui de droite étant à peine visible.

maux et bien développés ; à droite, le noyau de la VI[e] paire est à peu près semblable à celui du côté gauche ; cependant, il semble que les cellules y sont un peu moins nombreuses. Quant au noyau du facial droit, il est à peine visible ; en cherchant au point symétrique du noyau gauche, on distingue quelques cellules étoilées, très espacées, plus petites que les symétriques et plus faiblement colorées. A un plus fort grossissement (obj. 7, oc. I de Leitz), on constate l'intégrité des grandes cellules qui composent le noyau du facial gauche et celui de l'oculo-moteur externe du même côté ; la substance chromatophile y est nettement colorée ; à droite, le noyau de la VI[e] paire paraît normal;

mais dans le noyau du facial on ne trouve que quelques rares cellules, petites, espacées, quoique peu d'entre elles présentent de la chromatolyse ; on voit dans les espaces clairs qui séparent ces cellules des taches diffuses, faiblement colorées, qui semblent être le vestige de cellules disparues.

En somme, l'aspect du noyau facial droit est très analogue à celui que l'on observe dans les noyaux moteurs après une section ancienne ou une destruction par compression de leurs nerfs.

Ces altérations du noyau sont visibles sur les coupes passant à différents niveaux des noyaux des nerfs de la VI$_e$ et VIIe paire. Partout, la différence entre le noyau facial droit et le noyau facial gauche saute aux yeux ; de plus, sur les coupes passant au niveau du genou du nerf facial, et sur celles qui passent par les différents points de son trajet intra-protubérantiel, il est possible de constater, particulièrement par les colorations au carmin aluné ou au picrocarmin, que les fibres du facial gauche forment un faisceau beaucoup plus développé et plus visible que celles du facial droit.

L'examen des diverses coupes, portant sur divers étages du mésocéphale, nous a montré l'intégrité de noyaux autres que ceux du facial droit ; en particulier les noyaux de l'auditif sont normaux à droite et à gauche.

En résumé, le nerf facial du côté droit fait défaut dans son trajet extra et intra-pétreux ; il est atrophié dans son trajet intra-cranien et intra-protubérantiel. Son noyau d'origine est aussi notablement atrophié. Ces altérations coexistent avec une malformation du rocher telle qu'on ne retrouve plus dans cet os les parties constituantes de l'appareil auditif.

Il nous semble donc que le trouble intra-utérin primitif a dû siéger dans le rocher. Ce trouble (arrêt de développement ou ostéite) a empêché la formation des diverses parties constituantes de l'oreille, ainsi que celle du nerf facial. Aussi celui-ci faisait-il défaut dans son trajet intra-pétreux et extra-cranien. Mais son noyau protubérantiel existait ; les fibres qui en émanaient pouvaient être suivies dans le trajet intra-protubérantiel et même dans une petite partie de leur trajet intra-cranien. Il est vrai que ce noyau était atrophié ; mais il est très probable que cette atrophie était la conséquence de la malformation du rocher et de l'agénésie de la portion périphérique du facial.

Il ne nous paraît pas possible d'admettre que l'atrophie des noyaux protubérantiels a été primitive et a été la cause de l'agénésie du nerf facial et des organes de l'ouïe. Cependant, comme certaines des constatations que nous avons faites pourraient être invoquées en faveur de cette manière de voir, elles méritent de nous arrêter.

On pourrait d'abord remarquer que, si les paralysies nucléaires

sont généralement bilatérales, cette règle ne s'applique pas à la paralysie faciale congénitale ; c'est ce que prouvent certaines observations, celles de Heubner et Cabannes entre autres, dans lesquelles il y avait une paralysie faciale congénitale unilatérale et une paralysie concomitante des deux droits externes. Mais de ce que la paralysie faciale congénitale d'origine nucléaire peut être unilatérale, on ne peut conclure qu'il n'existe pas de paralysie faciale congénitale par lésions périphériques.

Un argument plus sérieux en faveur de l'origine nucléaire des anomalies constatées dans notre cas, pourrait être tiré du degré notable d'atrophie du noyau d'origine du facial droit, et aussi de la légère infériorité des dimensions du noyau de la VIe paire du même côté, et de toute la moitié droite de la protubérance à ce niveau. Il est pourtant facile de répondre à cet argument. Il est démontré que la destruction d'un nerf moteur périphérique peut être suivie de l'atrophie de son noyau d'origine. Julius Burger et Meyer ont rapporté l'histoire d'un homme de cinquante-huit ans, qui avait, depuis son enfance, une paralysie faciale complète ; cette paralysie avait été la conséquence d'une otite survenue à l'âge de trois ans ; à l'autopsie, on constata que les cellules du noyau du facial correspondant avaient presque entièrement disparu (1).

Quant à la légère réduction du noyau de la VIe paire, elle peut s'expliquer par ce fait que l'action de l'oculo-moteur externe et celle du facial étant synergiques, l'atrophie notable du noyau du second de ces nerfs a pu avoir un retentissement sur le noyau du premier. Enfin, les dimensions un peu plus petites de la partie droite de la protubérance à ce niveau, tiennent à ce que le noyau du facial et les fibres qui en émanent, étant notablement atrophiés, tiennent moins de place.

Nous nous croyons donc autorisés à rejeter l'hypothèse d'une lésion nucléaire primitive. Nous pensons que la preuve de l'origine périphérique de toutes les anomalies constatées dans notre cas, se trouve dans la disposition même des altérations : absence des diverses parties constituantes de l'appareil auditif, de la portion intra-pétreuse et extra-cranienne du nerf facial, existence de la portion intra-cranienne et du noyau bulbaire, reconnaissables malgré leur notable atrophie.

Nous nous sommes demandé si la coexistence d'une malformation de l'appareil auditif avec une paralysie faciale congénitale avait déjà été signalée. Mais, en dehors d'une mention à peine significative de Vogel (2), nous n'avons rien trouvé. Les divers

(1) Julius Burger et Meyer. Veränderungen im Kern von Gehirnnerven nach einer Läsion an der Peripherie. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1898, p. 378. Analysé dans la *Revue Neurologique* de 1900, p. 865.

(2) Dans son *Traité élémentaire des maladies de l'enfance* (traduction

traités des maladies de l'oreille que nous avons pu parcourir renferment de nombreux détails sur les difformités de cet organe ; mais la paraysie faciale congénitale n'y est pas indiquée.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DES NOUVEAU-NÉS. GOMME DU VOILE DU PALAIS CHEZ UN NOURRISSON DE DEUX MOIS

Par le Dr. GEORGES MAHU.

L'observation ci-dessous relate le cas assez rare d'un nourrisson de deux mois, atteint d'un coryza syphilitique ayant mis l'enfant dans l'impossibilité de prendre le sein et au cours duquel on découvrit, sans autre manifestation, une gomme du voile du palais guérie en trois semaines, en même temps que le coryza, par le traitement spécifique :

D... Emile — 8 semaines. — Syphilis avérée chez le père : accident primitif il y a dix ans.

Mère bien portante, n'a jamais eu de manifestations syphilitiques. Trois grossesses :

1° Accouchement prématuré, à huit mois, d'un enfant mort-né ;

2° Accouchement prématuré, également à 8 mois, d'un enfant mort trente-six heures après la naissance ;

3° Accouchement à terme, le 5 juillet 1901, à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, dans des conditions normales, d'un garçon (poids 3.480 gr. — Poids du placenta 550 gr.), pour lequel elle vient à consultation spéciale de Saint-Antoine le 7 septembre suivant.

L'enfant, nourri au sein de la mère, a été atteint, pendant les deux premiers jours qui ont suivi sa naissance, d'une conjonctivite légère qui a cédé à quelques lotions antiseptiques.

Jusqu'à l'âge de deux semaines, le nouveau-né est bien portant et ne présente aucune tache ni excoriation sur le corps ; mais à ce moment, la respiration nasale devient difficile, les sécrétions deviennent muco-purulentes et de plus en plus abondantes, et à la gêne respiratoire qui s'accentue peu à peu, malgré l'application régulière de vaseline mentholée dans les fosses nasales, vient s'ajouter de la difficulté pour prendre le sein.

Actuellement l'enfant a la respiration rapide et bruyante et fait entendre un bruit de cornage qui disparaît lorsqu'on presse les

française, 1872, p. 396), VOGEL écrit cette phrase que nous regrettons de trouver si brève : « La cause la plus fréquente des paralysies des nouveau-nés est l'application du forceps ; en outre, on rencontre une petitesse et une difformité congénitale du rocher, comme cause de l'affection. »

ailes du nez entre les doigts. La bouche est grande ouverte. Ecoulement peu abondant par les narines. La mère donne le sein au nourrisson qui, après un ou deux efforts de succion, est obligé de se retirer, à court de respiration.

Rien à l'examen de la peau ni des muqueuses.

Le toucher rhino-pharyngien permet de reconnaître que le cavum est libre.

On prescrit des lavages des fosses nasales à l'eau bouillie tiède et des injections d'huile mentholée à 1 pour 100.

Le 9 *septembre*, la respiration est moins bruyante, mais toujours rapide. Même gêne pour l'allaitement. L'enfant maigrit rapidement, la peau se plisse, le teint se plombe.— On l'examine chaque jour sans rien trouver d'anormal, lorsque, le 12 *septembre*, l'examen de la bouche permet de découvrir une petite tache grise, arrondie, de 2 millimètres de diamètre environ, siégeant sur le voile du palais à un demi-centimètre du rebord osseux, sur le raphé médian.

Le 14 *septembre*, la respiration n'est pas plus difficile ; mais, en deux jours, la tache, qui a pris une forme ovalaire, a presque triplé de surface. Elle s'est ulcérée, recouverte d'un enduit blanchâtre et présente nettement l'aspect d'une gomme syphilitique.

On prescrit alors le traitement spécifique : le 1er jour, six gouttes en trois fois de liqueur de Van Swieten mélangées dans du lait, huit gouttes le second jour, et ainsi de suite en augmentant jusqu'à vingt gouttes par jour. Continuation des injections intranasales d'huile mentholée et cessation des lavages.

Dès le 17 *septembre*, la gêne respiratoire et la difficulté de prendre le sein ont diminué ; l'état de l'ulcération reste le même ; et, le 19 septembre, l'enfant tette parfaitement et respire beaucoup mieux. L'ulcération semble avoir diminué d'étendue.

Le 21 *septembre*, l'état général s'est amélioré, l'ulcération a notablement diminué.

La liqueur de Van Swieten est continuée pendant quelques jours à raison de 20 gouttes par jour, et le 25 *septembre* toute ulcération a complètement disparu. On diminue graduellement les doses, et, le 1er *octobre*, l'enfant peut être considéré comme guéri. Le raphé médian du voile ne présente plus qu'un léger renflement cicatriciel, à la place de la gomme. — Suppression de tout traitement.

Le 14 *octobre*, l'état général de l'enfant s'est considérablement amélioré. Il a maintenant le teint beaucoup plus clair. Il s'alimente bien et a augmenté de 240 gr. pendant la dernière semaine.

L'enfant revu à la date du 25 *octobre* est en bonne santé. Il respire et tette facilement. Il augmente régulièrement de poids.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue :

Tout d'abord, la syphilis émanant du père semble avoir été transmise aux enfants sans que la mère en ait elle-même été atteinte.

Celle-ci a eu trois grossesses : le premier enfant est mort pendant la gestation ; le second est né avant terme et n'a vécu que 36 heures ; le troisième a présenté des accidents de syphilis héréditaire après sa naissance et, soigné à temps, a pu être guéri.

Enfin, le diagnostic de coryza syphilitique une fois présumé, on surveilla chez l'enfant l'apparition possible d'autres manifestations syphilitiques. Grâce à cette surveillance, on put découvrir l'existence d'une gomme du voile du palais, lésion qui, méconnue, aurait pu évoluer rapidement et provoquer les accidents les plus terribles.

La transmission de la syphilis du père à l'enfant, sans que la mère soit infectée, est beaucoup plus rare que la transmission de cette affection par l'intermédiaire de la mère. D'après Fournier (1), la proportion des enfants atteints est de 37 0/0 dans le premier cas, alors qu'elle est de 84 0/0 dans le second.

On sait que dès la vie intra-utérine les enfants peuvent être atteints de syphilis héréditaire, et être expulsés morts au bout d'un certain temps, si des organes essentiels ont été intéressés pendant la gestation. Ils peuvent naître à terme ou avant terme dans un état de cachexie avancée, et ne vivre que quelques jours ou même quelques heures. D'autres enfants enfin, portant le germe de la syphilis héréditaire, peuvent naître à terme avec toutes les apparences de la santé, mais être atteints, au bout de quelque temps, d'accidents spécifiques.

Un des symptômes les plus précoces et aussi des plus fréquents de la syphilis congénitale est, sans contredit, le coryza du nouveau-né. Mais, en dehors de la syphilis, multiples sont les causes du coryza dans les premières semaines de la vie, et il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic entre ces deux affections présentant les mêmes signes extérieurs, mais dont les pronostics sont si différents.

« Une erreur de diagnostic », dit mon maître Lermoyez (2), « peut, en l'espèce, entraîner de graves conséquences. Il y a « double danger à laisser évoluer un coryza syphilitique en le « traitant comme un coryza simple : *danger pour le nez*, car les « lésions nasales n'ont aucune tendance à guérir spontanément ; « livrées à elles-mêmes, elles peuvent attaquer le squelette, « exposer l'enfant à une méningite de voisinage et, après gué« rison, laisser peut-être de hideuses déformations du nez ; *danger* « *pour l'économie*, car l'infection syphilitique ainsi méconnue « dans son extériorisation, peut déterminer des lésions viscérales « qui entraîneraient la mort. »

(1) Fournier : *L'Hérédité syphilitique* (Paris, 1891).
(2) Lermoyez : *Thérapeutique des maladies des fosses nasales* (Paris, 1896).

Quels sont donc les moyens de diagnostiquer le coryza syphilitique ? — C'est d'abord de s'éclairer, si on le peut, sur les origines de l'enfant, de questionner le père et la mère assez habilement pour apprendre s'ils ont eu l'un ou l'autre la syphilis.

Il est nécessaire ensuite d'avoir devant les yeux l'aspect que présente le nouveau-né hérédo-syphilitique : l'air abattu, l'œil éteint, la peau mince et ridée comme si elle était trop grande pour le corps, l'enfant ressemble à un petit vieillard, déjà las de vivre. Il ne désire rien, reste maussade sans pleurer beaucoup, n'agite que fort peu les membres et sommeille la plupart du temps.

En troisième lieu, dans le coryza syphilitique, l'écoulement, qui est plutôt séro-purulent ou sanguinolent que nettement purulent, ne se montre guère que quelques semaines après la naissance, tandis que le coryza blennorrhagique apparaît dès les premiers jours.

En supposant positifs tous les signes qui précèdent, la syphilis des parents attirera d'abord l'attention du côté de la syphilis héréditaire de l'enfant : ces derniers symptômes accentueront les présomptions ; mais il s'en faut que tout cela soit suffisant pour constituer une certitude.

Il est indispensable, pour qu'on puisse affirmer l'origine syphilitique du coryza, que l'apparition d'autres manifestations spécifiques, cutanées ou autres, viennent s'ajouter au catarrhe nasal. Le plus souvent, ce seront des taches cutanées, du pemphigus, des fissures avec croûtelles des angles de narines ou des commissures des lèvres, du psoriasis des mains et des pieds, des plaques muqueuses, etc. Plus rarement ce seront des adénopathies diverses, dures et indolentes, ou bien des syphilides tertiaires, des gommes, comme dans l'observation rapportée plus haut.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que ces accidents, s'ils n'existent pas au moment de la naissance, n'apparaissent guère qu'à partir de la fin de la deuxième semaine et rarement au delà du troisième mois.

L'existence d'accidents tardifs de la syphilis héréditaire est beaucoup plus problématique ; et il est rare, en tout cas, que ceux-ci présentent la même gravité que ceux qui surgissent durant cette première période de la vie.

Donc *importance du diagnostic* du coryza syphilitique et *surveillance étroite du nouveau-né qu'on en soupçonnera atteint, surtout pendant les trois premiers mois de la vie :* tels sont les deux points que met en valeur l'observation ci-dessus et sur lesquels je désirais appeler l'attention.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DES SUITES ÉLOIGNÉES DE LA CURE DES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE, PAR LA MÉTHODE NON SANGLANTE,

Par P. REDARD (de Paris) (1).

Nous désirons indiquer les résultats éloignés que nous avons obtenus chez nos sujets atteints de luxations congénitales de la hanche, que nous avons traités par la méthode non sanglante.

Notre statistique ne portera que sur 50 cas, pour lesquels le traitement est absolument terminé depuis au moins six mois pour quelques-uns de nos opérés ; depuis plusieurs années (4, 3, 2 ans) pour la plupart. On peut donc considérer comme définitifs les résultats qui font la base de notre statistique.

Nous indiquerons les principaux résultats obtenus, résultats *anatomiques* et *fonctionnels*, suivant l'âge des sujets et suivant l'étiologie, regrettant de ne pouvoir donner des détails sur les variétés de luxations opérées, sur les conditions anatomiques et opératoires de nos réductions, que nous avons consignées avec soin dans nos observations.

Sur nos 50 cas, nous notons 43 luxations unilatérales et 7 luxations bilatérales. Sur les 43 luxations unilatérales, une *véritable réduction anatomique* a été obtenue 14 fois. Cette réduction a été démontrée par l'examen objectif, par la disparition et la diminution du raccourcissement du membre inférieur, et surtout par les précieux renseignements fournis par les radiographies stéréoscopiques. Ces radiographies, ainsi que nous l'avons indiqué dans de précédentes communications, permettent de voir en relief et avec une grande netteté les divers détails de configuration de l'articulation de la hanche.

Dans les véritables réductions, la radiographie stéréoscopique indique la bonne position de la tête fémorale placée dans une cavité cotyloïde plus ou moins profonde, souvent bien abritée par un toit articulaire résistant. Dans les transpositions, elle montre la direction de la tête et sa position par rapport à l'os iliaque.

Nos derniers résultats statistiques donnent confirmation à nos précédentes conclusions présentées au Congrès de chirurgie de 1899 et au Congrès international de 1900, par lesquelles nous affirmions que les réductions véritables des luxations congénitales sont fréquemment obtenues.

Si nous recherchons les conditions qui permettent d'obtenir de

(1) Communication au Congrès français de chirurgie. Séance du samedi soir 26 octobre 1901.

véritables réductions, notre statistique nous démontre d'abord que dans les luxations unilatérales, la réduction s'obtient plus fréquemment que dans les luxations bilatérales. Elle nous démontre surtout le rôle capital que joue l'âge ; les réductions s'observent surtout chez les jeunes enfants de 2 à 7 ans. Sur nos 14 réductions, 10 ont été obtenues chez des enfants au-dessous de 7 ans. Dans ces conditions d'âge, les succès sont fréquents et sont notés dans plus de la moitié des cas.

De cette constatation découle l'indication que l'on doit surtout recommander la cure de la luxation congénitale de la hanche chez les jeunes enfants entre 2 à 7 ans. Par exception, on peut obtenir de véritables réductions chez des sujets plus âgés et, dans une de nos observations, nous avons pu obtenir une réduction parfaite chez une jeune fille de 14 ans atteinte d'une luxation congénitale de la hanche avec un raccourcissement de 3 centimètres. En général, chez des sujets au-dessus de 7 ans, les opérations sont laborieuses, donnent rarement des réductions, le plus souvent des transpositions ou des reluxations. Nous ne saurions trop insister sur ce point que la question d'âge domine la thérapeutique de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante.

Nos derniers résultats nous démontrent enfin qu'une bonne technique a une influence manifeste sur les proportions des réductions véritables obtenues.

Les manœuvres de réduction faites avec une technique améliorée, les soins consécutifs augmentent la fréquence des réductions vraies.

Les manœuvres de réduction faites avec une technique améliorée, les soins consécutifs, l'observation par la radiographie stéréoscopique de la nouvelle position à donner à l'extrémité fémorale, le membre inférieur, suivant les cas, devant être placé en rotation externe ou interne, augmentent la fréquence des réductions vraies.

Le nombre des *transpositions* dans nos 43 cas de luxations unilatérales a été de 26. La transposition a été rarement notée primitivement, immédiatement après nos tentatives de réduction, le plus souvent secondairement, dans les premiers mois qui suivent l'opération. Ainsi que nous l'avons signalé, les transpositions s'observent chez les sujets âgés au-dessus de 7 ans, à la suite de manœuvres trop violentes de réduction, à la suite de la position vicieuse en rotation externe trop accentuée du membre inférieur et du maintien imparfait de la réduction par l'appareil plâtré. Elles sont aussi notées dans les cas où le cotyle est rudimentaire et la tête fémorale malformée.

Dans 3 cas, nous avons noté des reluxations. Dans 2 de ces cas, de nouvelles tentatives de réduction nous ont donné des transpositions avec excellent résultat fonctionnel.

Sur nos 7 cas de *luxations bilatérales*, la réduction vraie a été

obtenue dans 2 cas ; dans un cas, réduction d'un côté, transposition de l'autre ; dans 4 cas, des transpositions.

Les deux cas de réductions véritables ont été observés chez de jeunes sujets, l'un de 4 ans, l'autre de 10 ans. Nos autres sujets étaient âgés de plus de 7 ans. Chez un de nos sujets âgé de 13 ans, la double transposition s'est accompagnée d'une raideur articulaire notable qui a persisté pendant plusieurs mois.

Notre statistique n'indique aucun accident sérieux à la suite de nos opérations de réductions. Dans nos nombreuses opérations récentes, nous ne notons pas non plus d'accident grave. Dans nos premières opérations, nous avons observé des hématomes de la racine de la cuisse dus à la rupture ou à la distension trop brusque des adducteurs. Actuellement, nous procédons à la distension lente par le massage des adducteurs sans pressions violentes de la main avec mouvements de scie, et nous observons moins souvent cette complication.

Les accidents graves (fractures, paralysies, etc.), signalés par les auteurs, tiennent à la violence des manœuvres dans les cas difficiles, chez des sujets âgés.

Notons les difficultés opératoires, les manœuvres prolongées dans les cas de luxations bilatérales iliaques chez les sujets âgés. Dans quelques cas de luxations bilatérales iliaques, avec raccourcissement notable, ascension considérable de la tête chez des sujets âgés, les réductions par la méthode non sanglante ne donnent pas de résultats. Les manœuvres qui doivent être prolongées exposent à des accidents. La méthode de réduction non sanglante est contre-indiquée dans ces cas particuliers.

Les *résultats fonctionnels* ont été très bons dans 8 cas de luxations unilatérales, les sujets marchant facilement, sans aucune claudication, d'une façon tout à fait normale. Dans 30 cas, la marche s'effectue dans des conditions très satisfaisantes, sans claudication marquée ; dans quelques cas, avec une certaine raideur. Dans 2 cas, il existe de la fatigue après une marche prolongée, avec de la laxité articulaire et un peu de raccourcissement. Dans 2 cas de luxations bilatérales, la marche s'effectue d'une façon très satisfaisante ; dans 3 de nos cas de luxations bilatérales, il persiste un peu de raideur et un léger degré de balancement. D'une façon générale on peut dire que les bons résultats fonctionnels s'observent dans les cas de luxations unilatérales, chez de jeunes sujets, dans les réductions véritables.

Notons cependant que dans 17 cas pour lesquels nous n'avons obtenu que des transpositions, le résultat fonctionnel est excellent.

Dans les luxations bilatérales chez des sujets jeunes, les transpositions obtenues sont suivies d'une amélioration notable de l'état fonctionnel.

Terminons en indiquant les principaux détails de notre technique, améliorée dans ces derniers temps. Nous n'employons qu'ex-

ceptionnellement les tractions instrumentales avec la vis de Lorenz ou avec l'appareil de Schede. Ces tractions nous ont cependant servi dans quelques cas difficiles. Nous sommes absolument partisans des tractions préparatoires avec des poids de 4 à 6 kilos pendant une quinzaine de jours, dans les cas de luxations iliaques chez des sujets âgés, avec raccourcissement important et ascension notable de la tête fémorale. Nous attachons une grande importance, au point de vue de la facilité de la réduction et au maintien de la réduction après l'opération, aux manœuvres qui ont pour but de faire cesser la contracture des adducteurs et aussi des muscles postérieurs fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, cette dernière contracture étant souvent très prononcée après la réduction et facilitant la reluxation. Dans les cas faciles, après flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin et forte traction, nous ramenons le membre en abduction, nous contentant de presser avec notre main dans la bonne direction au niveau du grand trochanter. Si la réduction ne peut être obtenue par cette simple manœuvre, pendant l'abduction et les tentatives de propulsion de la tête fémorale du côté de la cavité cotyloïde, nous plaçons notre poing fermé en arrière du grand trochanter, de façon à donner un point d'appui au levier constitué par le fémur. Ces manœuvres de levier, très efficaces, doivent être faites avec prudence, en évitant les mouvements brusques et violents, et en n'appuyant pas trop fortement sur les surfaces osseuses.

La contention, après la réduction, doit être l'objet de tous nos soins. Le membre est placé en abduction plus ou moins forte, en rotation externe ou interne, suivant les cas. Nous appliquons depuis longtemps nos bandes plâtrées directement sur un maillot dont est revêtu le sujet, avec interposition d'une très petite quantité d'ouate, au niveau des régions inguinale, abominale, lombaire et des épines iliaques. Nous permettons toujours la marche à nos sujets, ce qui a certainement une influence favorable pour le maintien de la réduction et qui n'est nuisible que si l'appareil de contention est mal appliqué.

Dans ces derniers temps enfin, nous avons réduit d'une façon très notable la durée de l'immobilisation dans l'appareil contentif plâtré.

Dans quelques cas, nous ne laissons en place notre premier appareil que 1 ou 2 mois ; les appareils suivants, pendant 2 mois. Souvent, même dans les cas de luxations bilatérales bien maintenues, nous n'appliquons que deux appareils de contention. Nous pensons en effet que l'excellence des résultats n'est pas en rapport avec la durée des immobilisations. Telle luxation dont la réduction est peu stable, sera peu modifiée par une immobilisation même très prolongée. Les réductions véritables bien maintenues par des obstacles fibreux ou osseux persistent même après une immobilisation de peu de durée.

En résumé, la méthode de la réduction non sanglante donne, dans un grand nombre de cas, une cure complète de la luxation congénitale de la hanche. Elle procure fréquemment des améliorations fonctionnelles importantes. Elle doit être considérée comme la méthode de choix chez les jeunes enfants au-dessous de 7 ans.

CINQUANTE CAS DE LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE TRAITÉS SUIVANT LA MÉTHODE DE LORENZ,

Par M. NOVÉ JOSSERAND (1),

Professeur agrégé, chirurgien de la Charité à Lyon.

Dans mes communications précédentes j'ai établi, par des faits cliniques et des radiographies, que la méthode de LORENZ peut donner une véritable guérison radicale de la luxation congénitale de la hanche. L'autopsie d'une fillette, morte 4 mois après la fin du traitement, est venue apporter à cette conclusion une confirmation anatomique.

Il reste maintenant à savoir avec quelle fréquence et dans quelles conditions ce résultat peut être obtenu, et dans quel état se trouvent les malades chez qui la réduction ne peut pas être réalisée. Je viens l'étudier aujourd'hui, en analysant les 50 premières observations de ma statistique. Suivies pendant un laps de temps de 7 à 21 mois après la fin du traitement, elles permettent de se faire une opinion déjà sérieuse et probante des résultats obtenus.

Il faut étudier separément les résultats anatomiques et les résultats fonctionnels, car il n'y a pas toujours entre eux une concordance absolue.

I. RÉSULTATS ANATOMIQUES.

Le traitement ayant été interrompu dans deux cas, par suite de la mort du malade (diphtérie), dans l'un, et de son départ prématuré dans l'autre, nous n'avons au total que 48 faits comprenant 27 luxations unilatérales et 21 bilatérales, soit un total de 69 articulations soumises au traitement.

Les résultats anatomiques ont été :

Réductions	25
Transpositions	37
Fractures	2
Retour de la tête à sa position première	3
Impossibilité de mobiliser la tête	2

Il faut analyser et commenter les chiffres.

Nous avons 25 réductions, soit 36, 3 0/0 ; mais, pour avoir une idée plus juste, il faut tenir compte de l'âge et de l'unilatéralité ou la bilatéralité de la luxation.

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie.

Les 27 luxations unilatérales ont donné 12 réductions, soit 44 0/0. Les 42 luxations bilatérales, seulement 13 réductions, soit 30 0/0.

L'influence de l'âge est plus manifeste encore ; 42 cas ont été opérés avant 5 ans ; ils se décomposent en 16 luxations unilatérales, avec 9 réductions, soit 56 0/0, et 26 luxations bilatérales, avec 10 réductions, soit 38 0/0.

Après 5 ans, au contraire, nous avons 27 cas, comprenant 11 luxations unilatérales, avec 3 réductions, 27 0/0, et 16 bilatérales, avec 3 réductions, 18 0/0.

Dans tous ces cas de réduction, la forme de la hanche est redevenue normale ; l'inspection et le palper montrent que la tête fémorale, facile à sentir dans le triangle de Scarpa, a repris sa place sous l'artère fémorale qui la croise à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes, et que ce rapport persiste dans toutes les positions des membres. Le raccourcissement est corrigé, l'atrophie musculaire disparaît. La radiographie montre que la tête fémorale vient prendre contact contre le bassin, au niveau du cotyle, facile à reconnaître par la présence du cartilage en Y, qui se montre sous la forme d'une ligne claire.

Cependant, presque toujours, l'articulation opérée présente quelques anomalies qui la font reconnaître ; elle est un peu plus lâche, un peu plus mobile dans le sens de la rotation externe et de l'abduction. La tête fémorale fait, dans le triangle de Scarpa, un relief assez sensible qui s'explique bien par le défaut de profondeur du cotyle, obligeant une partie de la tête à rester en dehors de lui. Enfin, la longueur du membre n'est pas toujours normale. Fréquemment il existe du côté opéré un léger allongement qui peut atteindre 1/2 et même 1 cent., et paraît dû à ce qu'une partie du bourrelet cotyloïdien s'est tassée entre la tête fémorale et le bord du cotyle. Une seule fois nous avons noté la persistance d'un certain raccourcissement après la réduction : il s'agissait d'une enfant de 6 ans.

Lorsque la réduction ne peut être maintenue, on a comme résultat anatomique, dans la plupart des cas, une transposition. La tête se fixe en avant et au-dessus du cotyle, assez solidement pour ne pas se déplacer, lorsque l'enfant marche librement, et pour n'avoir plus la tendance à glisser en arrière dans la fosse iliaque, qui constitue la principale cause d'aggravation de la luxation non traitée.

Cet état anatomique compatible, comme nous le verrons, avec un état fonctionnel souvent bon, parfois excellent, a été noté dans 37 cas, soit 53,6 0/0. Les variations avec l'âge et l'uni ou la bilatéralité sont en rapport naturellement en raison inverse de celles de la réduction ; nous voyons, en effet, qu'elle donne les pourcentages suivants : avant 5 ans, luxations unilatérales, 6, soit 37,5 0/0, luxations bilatérales, 61 0/0.

Après cinq ans, luxations unilatérales, 65 0/0, luxations bilatérales, 50 0/0.

La position occupée par la tête n'est pas toujours la même. Le plus souvent elle reste dans la région inguinale, parfois tellement près de sa situation normale, qu'il faut un examen très attentif, et même le secours de la radiographie pour faire le diagnostic. D'autres fois elle est en dehors et se cache sous les muscles couturier et droit antérieur. Assez souvent elle présente alors une mobilité exagérée dans le sens de la rotation externe, qui lui permet de se mettre tantôt très en dedans tout près de sa position normale, tantôt très en dehors à la limite de la région inguinale, suivant que le membre se trouve en rotation externe ou interne.

Dans quelques observations qui se rapportent toutes à des sujets âgés, nous avons vu la tête se figer dans la position de rotation externe d'une manière définitive et se trouver ainsi très éloignée du bassin. Le contact du fémur avec l'os coxal s'établit alors par l'intermédiaire du trochanter, qui devient surface articulaire et paraît s'acquitter assez bien de cette fonction inattendue.

La transposition inguinale dont nous venons de décrire les principales variétés est de beaucoup la plus fréquente. Exceptionnellement, on voit la tête remonter vers l'épine iliaque antéro-supérieure et se placer au-dessous ou directement en dehors d'elle. C'est la transposition iliaque. La tête appliquée contre le bassin par sa face interne regarde alors directement en avant, elle est fixe et ne se déplace plus pendant les mouvements de rotation, comme elle le fait souvent dans les variétés inguinales de transposition.

Ce qu'il importe en tout cas de noter, c'est que, dans la transposition aussi bien inguinale qu'iliaque, la fixité de la tête dans le sens vertical est complète ; on ne parvient plus à la déplacer par des tractions ou des pressions et, dans la position d'adduction avec rotation en dedans, elle ne fait plus saillie dans la fosse iliaque externe comme dans les luxations non traitées. La transposition assure donc à la tête une fixité qu'elle n'avait pas et qui se traduit par une amélioration fonctionnelle, comme on le verra plus loin.

Il reste à dire quelques mots des derniers faits de la statistique. Nous trouvons d'abord deux fratures : l'une d'elles portait sur le col ; elle n'a pas empêché la tête de se transposer (ayant été probablement produite après la transposition et le résultat d'une transposition). L'autre est une fracture sous-trochantérienne. La tête est restée fixée à son ancienne place. Le fémur fracturé au-dessous du trochanter est venu se placer dans le cotyle et il s'est formé là, en bonne position, une articulation mobile dont le résultat fonctionnel est bon. Il s'agissait, dans ces deux cas, d'enfants âgés de plus de cinq ans. C'est aussi chez des enfants âgés

que nous avons eu des échecs, soit qu'il n'ait pas été possible de mobiliser la tête, soit que celle-ci ait repris son ancienne place. Un seul des cinq enfants de cette catégorie avait cinq ans.

II. — Résultats fonctionnels

Ils n'apparaissent pas toujours dès la fin du traitement : souvent ils sont masqués, pendant un temps parfois très long, par les troubles fonctionnels qui résultent de l'atrophie musculaire et de la raideur, conséquences de l'immobilisation prolongée.

L'atrophie disparaît assez vite ; mais il n'en est pas de même de la raideur qui, chez les sujets un peu âgés, peut persister assez longtemps. Il s'agit quelquefois d'une contracture des muscles immobilisant complètement l'articulation ; mais, le plus souvent, les mouvements sont seulement limités, surtout dans le sens de la flexion et de l'adduction. Cette raideur rend la démarche assez disgracieuse, les malades marchant avec leur bassin comme des coxalgiques guéris.

Elle tend à diminuer progressivement et doit toujours arriver à disparaître ; mais, dans sept de nos observations, elle était encore assez accentuée pour nous empêcher de préciser le résultat fonctionnel définitif.

Si nous laissons de côté, en outre, huit observations sur lesquelles nous n'avons pas pu avoir des renseignements assez certains, il nous reste un total de quarante-six résultat fonctionnels qui se décomposent ainsi :

Très bon état fonctionnel.	25	soit	54 %
Bon état fonctionnel.	8	»	18 %
Améliorations	9	»	20 %
Etat stationnaire	4	»	8 %

A) Dans les cas de la première catégorie la claudication a complètement disparu, et il est impossible de dire que les malades ont eu un état pathologique de la hanche. Tout au plus doit-on noter quelquefois, en faisant marcher l'enfant, que le pied du côté opéré repose sur le sol avec un peu moins d'assurance. La hanche possède tous ses mouvements avec leur amplitude normale. L'enfant marche sans fatigue et aussi longtemps que les enfants de son âge.

L'ensellure est corrigée, la forme de la hanche est normale, du moins dans les cas où la réduction anatomique est obtenue. Dans les autres cas il y a une saillie plus ou moins accentuée du trochanter.

Les vingt-cinq cas où ce résultat a été noté comprennent onze luxations unilatérales avec neuf réductions et deux transpositions, et quatorze luxations bilatérales avec six réductions et six transpositions et un résultat mixte. Tous les enfants, sauf un, avaient moins de cinq ans.

Nous voyons donc persister l'influence prépondérante de l'âge.

Nous notons aussi que la transposition unilatérale et surtout bilatérale peut arriver à donner un état fonctionnel très satisfaisant.

B) Dans *les bons conseils*, nous avons rangé les cas où il persiste une claudication appréciable, bien que faible et nullement comparable à celle qui existait avant le traitement, souvent nulle ou à peu près lorsque l'enfant est reposé ou s'observe : elle n'est bien visible que lorsqu'il se fatigue. Elle a, de plus, changé de caractère. Au lieu du déhanchement disgracieux qui caractérise la luxation, on a plutôt un mouvement d'inclination comparable à celui que causerait un léger raccourcissement du membre.

Les autres améliorations notées au paragraphe précédent : disparition de l'ensellure, augmentation de la résistance à la fatigue, se retrouvent au même degré. Il faut insister sur cette dernière, qui représente souvent une amélioration très nette et très appréciée.

Les huit cas qui rentrent dans cette catégorie comprennent six luxations unilatérales avec une seule réduction (six ans) et cinq transpositions (trois avant, deux après cinq ans) et deux luxations bilatérales provenant d'un enfant de deux ans et demi qui a eu un résultat mixte, réduction d'un côté, transposition de l'autre.

C) Dans les cas de simples améliorations, la claudication, bien que diminuée, persiste, conservant parfois un peu son caractère de déhanchement typique, consistant, dans d'autres cas, surtout dans les luxations bilatérales, en un mouvement de balancement latéral du tronc, comparable à celui que produirait la marche avec des chaussures trop lourdes.

Même dans ces cas, la forme du corps est améliorée ; deux fois sur trois l'ensellure est assez réduite pour être négligeable, et toujours la résistance à la fatigue très sensiblement augmentée.

Ce groupe comprend neuf cas : une seule luxation unilatérale ; c'est le cas dont nous avons parlé plus haut de fracture sous-trochantérienne avec réduction du fragment inférieur dans le cotyle où il s'est articulé. Avec une chaussure haute corrigeant le raccourcissement, cette enfant marche presque sans claudication et présente assurément une amélioration très appréciable. Les huit faits de luxations doubles correspondent à six transpositions et deux cas dans lesquels la tête n'a pas subi de changement de disposition appréciable. Il est curieux de voir qu'on a eu cependant, chez cet enfant, une amélioration assez sensible de la marche et de la résistance à la fatigue.

D) Enfin nous n'avons pu constater aucune amélioration réelle dans quatre cas. Dans l'un il s'agissait d'une luxation sus-cotyloïdienne pure, avec faible claudication, chez une enfant de 9 ans.

La tête déplacée revint à sa disposition première, et la fonction est restée la même. Actuellement je considérerais l'intervention comme contre-indiquée dans un cas de ce genre. Le second cas concerne une enfant de cinq ans chez qui une luxation iliaque, probablement primitive, ne put être maintenue réduite, et dont l'état fonctionnel demeura stationnaire. Enfin le troisième se rapporte à une luxation double chez une enfant de 3 ans. La transposition bilatérale n'a donné, jusqu'à présent du moins, aucune amélioration appréciable, sans qu'on puisse en donner une explication satisfaisante.

Nous arrivons donc à cette conclusion qu'aucun de nos malades n'a été aggravé, ou n'a couru un danger réel, du fait du traitement. Si l'on compte les cas opérés avant 5 ans, on voit qu'une véritable guérison radicale, anatomique et fonctionnelle, peut être obtenue dans environ 50 0/0 des cas, et que, si l'on tient compte seulement de l'état fonctionnel, on a des résultats satisfaisants dans 80 0/0 des cas et à peu près toujours une amélioration.

Aucune méthode de traitement de la luxation congénitale n'a donné des résultats comparables à ceux-ci.

Les faits que nous venons d'analyser montrent que plus les malades sont jeunes, plus le traitement est facile, sans danger, et plus aussi les résultats anatomiques et fonctionnels sont bons. L'indication de l'intervention se pose donc dès que le diagnostic est posé ; on peut la faire dès l'âge de 16 ou 17 mois si les enfants sont assez propres pour permettre l'entretien d'un bandage.

Après 5 ans, les résultats sont certainement moins bons. Cependant, la diminution de la claudication, l'amélioration de la forme du corps, la disparition de l'ensellure, l'augmentation de la résistance à la fatigue, et surtout le fait que tous les troubles résultent de la luxation, au lieu de continuer à s'accroître resteront stationnaires ou s'amélioreront, tout cela constitue un bénéfice bien suffisant pour faire recommander l'intervention jusque vers l'âge de 10 ans. Au delà, on aurait à craindre des accidents sérieux de fractures et surtout de troubles nerveux, sans que ces risques soient compensés par des chances sérieuses d'amélioration fonctionnelle.

TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES (1),

Par M. Paul COUDRAY.

Le rapport de M. Broca nous montre que les idées se sont modifiées depuis quelques années au sujet du traitement des adénopathies tuberculeuses. En 1894-95 M. Manson, dans une thèse faite

(1) Communication faite au Congrès de chirurgie.

sous l'inspiration de M. Broca, n'accordait aucune part utile aux injections. M. Broca estime aujourd'hui que les injections constituent le traitement de choix des adénites suppurées et qu'on peut les utiliser aussi pour les adénites caséeuses, au même degré que l'extirpation.

Avant tout, il convientde dire(et tout le monde est d'accord sur ce point) qu'un traitement général sévère doit précéder le traitement local, et que bon nombre d'adénopathies tuberculeuses disparaissent par ce traitement général. La mer aussi est très recommandée ; il faut savoir cependant que les poussées ganglionnaires qu'elle provoque aboutissent encore assez souvent à la suppuration.

Les adénites tuberculeuses qui résistent au traitement général relèvent de l'extirpation ou des injections, comme grandes méthodes.

L'extirpation, au point de vue opératoire, est sans gravité, sauf pour les formes *adhérentes*, qui ont fourni un certain nombre de sections nerveuses plus ou moins importantes. Dans ces conditions aussi, la jugulaire a été blessée ou liée. Comme incidents post-opératoires on a vu, soit très vite, soit au bout de quelques mois, survenir des généralisations tuberculeuses, mais ce sont en somme des cas exceptionnels. Il y a lieu cependant d'en tenir compte, car cette intervention, grave parfois, s'adresse à des lésions qui ne mettent jamais en danger la vie des malades.

Ce qui pèse sur le pronostic de l'extirpation, c'est la *grande fréquence des récidives et des cicatrices vicieuses*. Ainsi sur 54 malades revus, Manson signale 16 récidives, et les observations montrent un plus grand nombre encore de cicatrices vicieuses. Déjà au Congrès de 1889, plusieurs chirurgiens avaient insisté sur ces récidives (Leonte, Rommicianu, Démosthène, Schwartz, et sur ces cicatrices vicieuses (Houzel). Somme toute, chacun est d'accord sur la réalité de ces faits.

Il en est résulté que l'extirpation a perdu, petit à petit, du terrain, d'abord parce que c'est une médiocre opération en général, et ensuite parce que les *injections modificatrices* ont été introduites dans la pratique. Il y a déjà bien longtemps que Verchère faisait connaître des faits d'adénites tuberculeuses traités par les injections d'éther iodoformé. Les uns ont continué à se servir d'éther iodoformé. Les autres, comme M. Reboul, M. Courtin, etc., ont employé le naphtol camphré. Pour moi, j'utilise l'huile stérilisée iodoformée, comme pour les abcès tuberculeux. Parmi les faits cités par Reboul, David, Gaudemard, il ne s'agit pas toujours d'adénites suppurées ; on y relève aussi des formes *dures* traitées avec succès et guéries sans suppuration.

Ce fait doit retenir notre attention pour le traitement du lymphome tuberculeux. *A priori*, cette forme semble exclusivement justifiable de l'extirpation ; on a devant soi une ou plusieurs

grosses tumeurs, mobiles, sans altération de la peau ; il semble qu'il n'y ait qu'à les cueillir. Cela est vrai parfois, mais pas toujours.

L'an dernier, j'observais chez une jeune fille de 14 ans un beau lymphome sous-maxillaire droit, du volume d'un petit œuf de poule, complètement mobile dans la profondeur ; l'extirpation en eût été des plus faciles ; mais on trouvait, en arrière de cette tumeur, dans la profondeur, une glande du volume d'une forte dragée, accolée aux gros vaisseaux et immobile. L'opération complète devenait donc une intervention importante. L'état général étant d'autre part des plus médiocres, j'eus recours aux injections interstitielles d'huile iodoformée à 1/15 et au traitement général par l'iodure de fer. En quatre mois et avec une douzaine d'injections, la grosse tumeur fut réduite au volume d'une petite cerise. Aujourd'hui, il n'y a pour ainsi dire plus rien, et l'état général est parfait. Quant au ganglion profond auquel je n'avais pas touché — son volume ne l'exigeait pas — il a presque disparu sous l'influence du traitement général. Hammerschlag, cité dans le rapport, a obtenu un certain nombre de succès dans les lymphomes tuberculeux avec la glycérine iodoformée.

Il va sans dire que les *cicatrices vicieuses* ne sont pas à craindre à la suite des injections lorsqu'il s'agit des formes dures de l'adénite tuberculeuse. On peut aussi les prévenir la plupart du temps dans les *formes suppurées*, soit en réitérant les injections, soit en utilisant le *séton*, vieux moyen bien démodé, mais fort utile, je crois. Je l'emploie volontiers dans les cas où la coque ganglionnaire est réduite à peu de chose, et surtout dans les cas où la peau est rouge, amincie, et menace de s'ulcérer, malgré les injections. Le séton m'a réussi merveilleusement, il y a quelques mois, dans deux cas de ce genre. La guérison a été obtenue en un mois et un mois et demi.

Quant aux incisions, suivies de grattage, j'ai eu, comme beaucoup, cette pratique, qui est d'ailleurs mauvaise.

Au résumé, sans qu'on puisse encore fixer d'une manière certaine les limites d'action des injections modificatrices, elles doivent constituer la méthode de choix dans le traitement des adénopathies tuberculeuses. Avec le séton, elles se partagent les adénites suppurées, avec l'extirpation, les lymphomes.

HYGIÈNE INFANTILE THÉRAPEUTIQUE

INSTRUCTIONS AUX MÈRES POUR ALLAITER LEURS ENFANTS.

Rapport élaboré au nom de la sous-commission des crèches

COMPOSÉE DE

M. le docteur BUDIN, Mme LANDRIN, M. Gaston MERY, M. le docteur VARIOT, rapporteur.

L'affection maternelle ne supplée pas au manque d'expérience, et les mères qui nourrissent leurs enfants doivent obéir à des règles déterminées aussi bien pour l'allaitement maternel que pour l'élevage artificiel. Il n'est pas aussi aisé qu'on le croit généralement de bien élever un enfant, et l'on éviterait beaucoup d'accidents aux nouveau-nés si on savait les soigner convenablement.

Combien de mères, sans le vouloir, rendent leurs enfants malades en leur donnant trop tôt des bouillies farineuses ou en leur faisant absorber du mauvais lait !

Allaitement maternel. Le premier devoir d'une mère est de nourrir elle-même son enfant au sein : le lait de la mère appartient à l'enfant. C'est une loi de la nature qu'il faut respecter.

Une femme ne doit renoncer à nourrir que si elle est dans l'impossibilité physique de le faire et sur l'avis du médecin. L'allaitement maternel est le seul vraiment naturel et met le mieux le nourrisson à l'abri des risques de maladie.

Soins spéciaux pour les premières tétées. Le lait monte ordinairement dans les seins deux à trois jours après l'accouchement. Le nourrisson n'a besoin de rien le premier jour. Si la montée du lait se faisait un peu attendre, on donnerait quelques cuillerées à café d'eau bouillie légèrement sucrée ou un peu de lait stérilisé coupé de moitié d'eau bouillie. Pendant vingt-quatre à quarante-huit heures après la naissance, le nouveau-né rend par l'intestin des matières un peu brunes qui ressemblent plus ou moins à du goudron. C'est seulement lorsqu'il aura commencé de prendre le sein que ses déjections deviendront d'un jaune clair et assez semblables, pour la couleur et la consistance, à de l'œuf brouillé. Dès les premiers jours l'enfant sera mis au sein, autant pour l'habituer à téter et pour modeler le bout de sein que pour vider le premier lait, qui est peu abondant et que l'on nomme le *colostrum*.

Quelquefois cependant, le bout de sein ne sera pas assez saillant pour être saisi facilement, et on sera obligé d'employer une

petite ventouse spéciale qu'on appelle un *tire-lait*. Cet instrument sera aussi utile lorsque les mères auront des gerçures ou crevasses au sein. La meilleure manière d'éviter les crevasses est de ne pas laisser suçoter les enfants trop longtemps,et de laver les bouts de sein avant et après chaque tétée avec un tampon de coton hydrophile imprégné d'eau-de-vie ou simplement d'eau bouillie.

Comment il faut régler les tétées des nourrissons. Les nouveau-nés seront mis au sein toutes les deux heures dans la journée et deux fois seulement la nuit, de huit à neuf fois dans les vingt-quatre heures. L'estomac est peu développé dans les premières semaines de la vie : aussi les prises de lait doivent être rapprochées. Plus tard, à six semaines ou deux mois, il suffira de faire téter le nourrisson toutes les deux heures et demie le jour, et on le laissera reposer entièrement la nuit. A cinq ou six mois, si les mères sont bonnes nourrices, les tétées pourront être espacées toutes les trois heures.

C'est une très mauvaise pratique de donner le sein à un enfant pour le calmer toutes les fois qu'il pousse des cris ; l'estomac est surchargé par ces prises incessantes de lait ; les vomissements et la diarrhée peuvent même survenir.

Pendant les premières semaines, il suffira généralement, si les seins sont bien développés, de faire téter le nourrisson d'un seul côté, et alternativement pour que le lait monte également dans les deux seins. La durée de la tétée ne devra pas excéder dix minutes.

Après six semaines ou deux mois, l'estomac est devenu plus grand, et l'enfant peut boire des deux côtés sans inconvénients.

Dans les trois premières semaines de la vie et même pendant le premier mois, on pourra donner à téter au nourrisson une fois ou deux dans le courant de la nuit ; mais, à partir de un mois, un enfant dont la mère est bonne nourrice doit être réglé, et dormir de dix heures du soir à quatre ou cinq heures du matin sans recevoir le sein. Ce n'est pas toujours parce que les enfants ont besoin d'aliments qu'ils poussent des cris : il n'est donc pas nécessaire de les faire téter pour qu'ils s'endorment. En principe, moins souvent on fera téter un enfant la nuit, mieux ce sera pour tout le monde.

Soins à donner à l'enfant pendant l'allaitement. Peu importe que l'enfant soit emmailloté ou en culotte : l'essentiel est qu'il soit tenu proprement, et qu'il soit vêtu chaudement pendant l'hiver. Les nouveau-nés craignent beaucoup le froid ; ils devront donc être bien couverts dans leur berceau et, si leurs pieds et leurs mains ont tendance à se refroidir, on pourra les envelopper d'ouate et placer des boules d'eau chaude dans le berceau. Les enfants doivent être changés fréquemment, chaque fois qu'ils se sont souillés par des déjections, et il est bon de leur donner tous les jours un grand bain chaud pour leur nettoyer la peau.

Le berceau sera placé dans un endroit bien éclairé. Les nouveau-nés, comme les jeunes plantes, ont besoin pour grandir de la lumière du soleil. Quand le temps le permettra, on promènera les enfants au grand air pendant une heure ou deux, et plus longtemps dans la belle saison. D'abord le nourrisson sera porté à bras, plus tard, lorsqu'il est devenu plus lourd et qu'il ne marche pas encore, on pourra le mettre dans une petite voiture, l'été.

Soins spéciaux à la mère qui allaite. La mère, pendant l'allaitement, devra veiller sur sa santé, car toutes ses indispositions et ses maladies peuvent altérer son lait et retentir par contre-coup sur son nourrisson. Elle doit donc ménager ses forces, sortir au grand air avec son enfant; sa nourriture sera abondante et variée autant que possible ; des légumes verts, des purées de pommes de terre, de lentilles, de pois, etc., sont de bons aliments pour les mères nourrices. Dans la classe populaire, il est superflu de recommander de ne pas trop manger de viande. La bière légère, ou même l'eau pure, seront les boissons préférées. Le vin fort et les liqueurs alcooliques sont mauvais, car ils passent dans le lait, et les enfants qui tettent ce lait peuvent avoir des convulsions.

Les mères, même si elles sont malades, ne prendront jamais de médicament sans consulter le médecin. Les médicaments passent aussi dans le lait, et peuvent être de véritables poisons pour les enfants. Lorsqu'elles n'ont qu'une simple indisposition, les mères peuvent continuer à donner le sein ; mais, en cas de maladie grave, le lait peut devenir pernicieux, et le médecin fait cesser l'allaitement.

La plupart des femmes qui nourrissent ne voient pas leurs règles ; mais il en est d'autres qui sont réglées, et qui continueront d'allaiter sans inconvénients sérieux. Le plus souvent les mères peuvent continuer d'allaiter même lorsqu'elles ont commencé une nouvelle grossesse.

On devra éviter, autant que possible, aux mères nourrices les ennuis et les chagrins, car les troubles nerveux semblent modifier défavorablement la composition du lait.

Allaitement mixte. Bon nombre de femmes, surtout à partir du troisième ou du quatrième mois, n'ont plus assez de lait pour nourrir entièrement leur enfant. Elles devront bien se garder, pour suppléer à ce qui leur manque, de donner des bouillies farineuses, comme on le fait trop souvent. A cet âge, l'estomac du nourrisson est encore trop faible pour digérer la bouillie, et l'on risquerait, en donnant si tôt les aliments farineux, de produire la diarrhée, les vomissements, de retarder la croissance des enfants et de les faire *nouer*.

Lorsque le médecin aura constaté que la mère n'a plus assez de lait, elle devra continuer, néanmoins, à donner ce qu'elle pourra au sein. Les tétées seront espacées pour que le lait ait le

temps de monter, et on commencera à faire prendre au biberon, deux heures et demie à trois heures après la tétée, de petites doses de lait de vache bien stérilisé. C'est l'allaitement mixte mi-partie au sein, mi-partie à la bouteille. A partir de deux mois, le lait de vache stérilisé est bien supporté *pur* par les nourrissons; on ne se déciderait à le couper avec de l'eau bouillie que si les fonctions digestives étaient manifestement troublées par l'ingestion du lait pur, fait assez rare.

On habituera progressivement les enfants qui ont reçu le sein à prendre le lait stérilisé. On ne donnera d'abord qu'un ou deux biberons par jour dans l'intervalle des tétées au sein, puis trois et quatre biberons ; il est même des enfants qui ne reçoivent le sein que la nuit et qui prennent le biberon toute la journée ; cette pratique n'est pas à imiter.

Il faut peser les enfants. L'œil le plus vigilant d'une mère ne vaut pas une balance pour surveiller la croissance. Les enfants devront être pesés toutes les semaines ou tous les quinze jours au moins, sur un pèse-bébé bien exact. Il est impossible de reconnaître sans la balance si le nourrisson grandit ou prospère, ou si, au contraire, il reste stationnaire et même s'amaigrit. En pesant régulièrement les enfants, on reconnaît qu'ils augmentent de 170 à 210 grammes dans les premières semaines de la vie, c'est-à-dire de 25 à 30 grammes par jour. Un enfant dont la mère est bonne nourrice doit avoir doublé son poids vers le cinquième mois. S'il pesait 7 livres en naissant, il en pèsera 14 à cinq mois. Tout enfant qui n'augmente pas de poids, ou qui diminue pendant huit ou quinze jours, doit être considéré comme malade, ou comme ne recevant pas assez de nourriture. Les mères s'apercevront que leur lait est devenu insuffisant lorsque le poids n'augmentera plus ou diminuera. C'est alors qu'elles devront se décider à l'allaitement mixte, c'est-à-dire compléter ce qui leur manque par le lait stérilisé.

Allaitement artificiel. L'allaitement artificiel se fait presque exclusivement dans les grandes villes, et même dans les campagnes, avec du lait de vache dont on charge le biberon. Les laits d'ânesse, de chèvre, de brebis ne sont employés qu'exceptionnellement. Autrefois, les enfants élevés au biberon périssaient en grand nombre, surtout à Paris et dans les grandes villes, parce que le lait employé contenait des germes malsains et des substances nuisibles. De là, des diarrhées souvent mortelles, pendant l'été surtout.

Lait stérilisé. Depuis que l'on stérilise le lait, la vie des enfants allaités artificiellement ne court plus d'aussi grands dangers qu'autrefois. Soit dans les villes, soit dans les campagnes, on ne devra donc donner au nourrisson que du lait soigneusement stérilisé. Le lait non stérilisé, fermenté ou altéré, qu'on achète dans les crémeries ou sous les portes-cochères, peut être un

véritable poison pour les enfants : une seule dose peut les tuer.

A la campagne, il est relativement aisé de se procurer du bon lait fraîchement trait ; cependant il sera toujours préférable de le stériliser avant de le donner au nourrisson. A Paris et dans les grandes villes, c'est une grande difficulté de se procurer du bon lait frais ; le lait passe par tant de mains avant d'arriver au consommateur, qu'il est toujours permis de douter de sa pureté.

Il y a deux espèces de lait stérilisé, celui qu'on stérilise soi-même avec de petits appareils spéciaux, et celui qui est livré par le commerce, après avoir été stérilisé à l'étuve dans les pays où l'on recueille du bon lait sur place. On donne à ce dernier le nom de lait stérilisé industriellement, pour le distinguer de l'autre.

Appareils stérilisateurs. Il faut bien savoir que la stérilisation du lait n'ajoute rien à sa qualité, et qu'on doit choisir d'abord du bon lait frais pour le stériliser.

Si le lait est frelaté ou altéré, la stérilisation est impuissante à l'améliorer. Les mères soigneuses peuvent stériliser leur lait elles-mêmes, en se servant des appareils Soxhlet, de Gentile ou autres. Ces appareils stérilisateurs se composent d'un panier en fil de fer contenant huit ou neuf petites bouteilles qui serviront de biberons.

Les flacons, après avoir été plus ou moins remplis de lait suivant l'âge du nourrisson, sont bouchés avec des rondelles de caoutchouc. Le panier et les bouteilles sont alors placés dans un grand vase métallique rempli d'eau, et cette eau doit bouillir pendant trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, le lait des bouteilles peut être considéré comme stérilisé, c'est-à-dire que les germes malsains qu'il pouvait contenir ont été détruits par l'action de la chaleur. Par cette méthode on ne doit stériliser que la provision de lait pour vingt-quatre heures. Chaque petite bouteille ne doit servir que pour une tétée.

L'opération de la stérilisation devra donc être recommencée tous les jours, et les bouteilles, les bouchons et les tétines seront nettoyés à l'eau bouillante.

Lait stérilisé industriellement. A Paris et dans les grandes villes, il est très commode de se servir du lait stérilisé industriellement en province, et expédié dans des bouteilles d'un demi-litre, et même d'une contenance moindre, hermétiquement fermées avec un bouchon de liège garni de paraffine.

La stérilisation de ce lait est obtenue par un chauffage à 115°. Aussi la destruction de tous les mauvais germes est-elle si complète, qu'on peut conserver ce lait pendant huit ou quinze jours ou plus sans qu'il s'altère.

Chaque bouteille de lait stérilisé industriellement devra être goûtée par la mère immédiatement après avoir été débouchée. Malgré toutes les précautions prises, il arrive, très rarement il est vrai, que le lait d'une bouteille soit gâté. Le lait stérilisé indus-

triellement, bien manié, donne des résultats aussi satisfaisants pour l'allaitement artificiel que le lait stérilisé dans des appareils de Soxhlet. Nous avons dit qu'il se conservait mieux et plus longtemps que le lait stérilisé dans des appareils de Soxhlet, ce qui est un réel avantage.

Les coupages du lait. Bien que bon nombre d'enfants supportent le lait de vache pur dès leur naissance, on a conservé l'habitude de couper le lait avec de l'eau jusque vers cinq ou six mois. Il n'est pas nécessaire, en général, de prolonger aussi longtemps les coupages. Pendant les quatre premières semaines de la vie, il suffira d'ajouter un tiers d'eau bouillie à deux tiers de lait, et une petite quantité de sucre en poudre, car le lait de vache est pauvre en sucre.

De quatre à six semaines ou deux mois, on se contentera d'additionner le lait d'eau bouillie.

Plus tard, le lait pur est bien supporté ; il est utile d'y ajouter un peu de sucre. Ces coupages très simples suffisent aux nourrissons sains.

Il ne faudra jamais couper le lait avec des mixtures malsaines ou fermentescibles telles que l'eau panée, l'eau de gruau, ni surtout l'eau de mouron, ni l'eau de pavot. L'eau pure, fraîchement bouillie, est la seule convenable pour couper le lait.

Choix du biberon. Le biberon le plus simple est toujours le meilleur. Il devra avoir la forme d'une bouteille cylindrique ou aplatie avec un col assez large pour permettre au besoin l'introduction d'une petite brosse de crin, et pour que le lavage soit très facile.

On adaptera sur le col une tétine en caoutchouc qui se retournera comme un doigt de gant. Avant de verser dans le biberon la quantité de lait coupé ou de lait stérilisé pur proportionnée à l'âge de l'enfant, on lavera soigneusement la tétine et la bouteille à l'eau chaude fraîchement bouillie ou additionnée de sel marin ou d'acide borique. Les tétines en caoutchouc les meilleures s'usent assez rapidement. Lorsque les trous dont la tétine est percée sont élargis, le lait s'écoule trop vite dans la bouche de l'enfant ; on devra alors changer la tétine.

Il faut absolument renoncer au biberon à tube, car les impuretés s'amassent dans ces appareils, le lait s'y putréfie, et les enfants qui boivent à ces biberons sont sujets à des diarrhées qui peuvent les emporter.

Quelques nourrissons boivent bien aussi à la cuiller ou au verre ; mais cette pratique n'est pas à recommander, bien que le verre soit aisé à nettoyer. Le nourrisson boit trop vite au verre, et les fonctions de l'estomac peuvent être troublées. La bouteille munie d'une tétine percée de trous assez fins est le meilleur instrument pour allaiter les enfants.

Quantités de lait convenables pour chaque tétée. Il est bien évident qu'un nouveau-né devra boire moins qu'un enfant de six mois,

et les mères doivent connaître approximativement les quantités de lait variables qui conviennent à un nourrisson, suivant son poids. Généralement on charge trop les biberons ; de là des troubles sérieux résultant de la suralimentation, des vomissements et de la diarrhée.

Il sera donc utile d'avoir toujours à sa disposition une bouteille graduée sur laquelle on lira les quantités de lait évaluées en grammes. Cette bouteille servira à mesurer le lait qui conviendra pour chaque tétée. Voici un tableau indiquant les quantités de lait proportionnées à la capacité de l'estomac suivant l'âge des nourrissons :

1re semaine. . . .	30	grammes	(lait coupé).
2e —	45	—	—
3e —	60	—	—
4e à 8e semaine. .	75 à 90	—	—
2e mois.	100	—	—
3e —	120	—	(lait pur).
4e, 5e et 6e mois. . .	135 à 160	—	—
7e à 12e mois. . .	180 à 200	—	—

Les doses de lait de ce tableau conviennent à des enfants normaux ; mais les nourrissons débiles ou prématurés recevront des doses moindres fixées par le médecin.

Intervalles des tétées au biberon. — Les prises de lait au biberon doivent être réglées comme les tétées au sein. Le nourrisson recevra le biberon toutes les deux heures la journée, dans les quatre ou cinq premières semaines, et une ou deux fois la nuit. A partir de six semaines on espacera les tétées toutes les deux heures et demie. A quatre mois, on donnera seulement le biberon toutes les trois heures. Le nourrisson prendra donc neuf ou huit tétées dans les vingt-quatre heures pendant le premier mois, sept tétées pendant le deuxième, le troisième et le quatrième mois, et six ou cinq tétées de cinq à dix mois. On essaiera de supprimer les tétées de la nuit le plus tôt possible. La surveillance des nourrissons allaités artificiellement devra être encore plus stricte que celle des nourrissons élevés au sein ; ils devront être pesés au moins une fois chaque semaine, pour s'assurer que leur croissance est normale. Si, malgré toutes les précautions prises, l'enfant n'augmente pas de poids, si les vomissements et la diarrhée surviennent, il faudra se hâter de recourir au médecin et, en attendant sa visite, il sera prudent de ne donner à boire que de l'eau bouillie.

Aliments qui conviennent pour le sevrage. — Au moment du sevrage, si l'on veut éviter des accidents fâcheux, il faut se contenter d'ajouter lentement et graduellement, au lait que les enfants continuent de prendre, des aliments un peu plus substantiels. Pour les nourrissons élevés au sein, il faudra d'abord les habituer à prendre du lait stérilisé pour remplacer celui de la mère lorsqu'il se tarira. La

période du sevrage commence au moment de l'éruption des premières dents, c'est-à-dire vers le huitième ou le dixième mois. Jusque-là les enfants ne recevront rien autre chose que du lait. Les premiers aliments que l'on ajoutera au lait seront les bouillies farineuses claires. On donnera, une fois par jour d'abord, une bouillie au lait faite avec la semoule ou le tapioca, la purée de pommes de terre. S'il y a une tendance au relâchement de l'intestin, on préférera le riz ou la fleur de riz. Si, au contraire, le nourrisson est constipé, on recourra à la farine d'avoine. Les œufs bien frais sont bons pour les enfants.

La constipation est assez commune chez les nourrissons, surtout chez ceux qui sont élevés au lait stérilisé ; on la combattra avec de petits lavements de décoction de guimauve administrés à l'aide d'une poire en caoutchouc très propre ; sur l'avis du médecin on se servira de la magnésie, de la manne, de l'huile de ricin, etc., si la constipation est opiniâtre.

Après dix-huit mois, on commencera de donner un peu de jus de viande de bœuf ou de pain trempé dans le jus; un peu de viande blanche finement coupée, de la purée de pommes de terre au lait, de lentilles, des crèmes, des gâteaux de riz, du macaroni, des biscuits, etc. Pendant cette période de sevrage, les enfants prendront deux fois par jour de petits repas solides et un litre de lait stérilisé en trois ou quatre fois. Le poisson, surtout le poisson de mer, est utile aux enfants, à condition qu'il soit frais et soigneusement débarrassé de ses arêtes.

Les distributions de lait stérilisé et les consultations de nourrissons. — On a établi à Paris et dans quelques grandes villes des consultations spéciales pour les bébés, avec distribution de lait stérilisé gratuite ou à prix réduit aux familles pauvres ou nécessiteuses. Ces consultations sont de véritables écoles des mères, puisque les médecins donnent des conseils pour chaque enfant après l'avoir inspecté.

On ne saurait donc trop recommander la fréquentation régulière de ces consultations.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Méningite tuberculeuse à forme hémiplégique chez une fillette de vingt-deux mois (1). — M. CAZAL rapporte l'observation d'une fillette de vingt-deux mois frappée d'hémiplégie gauche sans paralysie oculaire avec température plus élevée du côté atteint. La Te était à 37°2, le pouls à 120. Les antécédents et l'auscultation ne révè-

(1) Société de médecine de Toulouse, séance du 1er juillet 1901.

lent rien d'anormal. Elle avait d'abord été prise de bronchite avec amaigrissement et impossibilité de marcher : une otite moyenne aiguë suppurée, avec mastoïde saine, compliqua les choses. Les vomissements, la constipation et la fièvre survinrent ; plus tard, contractures, mâchonnements et mouvements convulsifs. T° 39°2. Pouls : 130. S'agissait-il d'un abcès cérébelleux ou temporal ou d'une méningite tuberculeuse ? L'auteur, après discussion, se range à ce dernier diagnostic. Une intervention chirurgicale proposée à la famille ne fut pas acceptée ; l'enfant est morte.

A case of acute digitalin poisoning. Recovery (1). (*Cas d'empoisonnement digitalique aigu. Guérison.*) — F. RADCLIFF. — Garçon de vingt-trois mois, se trouve le 30 janvier 1901, au soir, dans un état de demi-conscience, pâle, avec pupilles légèrement dilatées ; il vomit des mucosités bilieuses. Sueurs profuses, extrémités froides, pouls irrégulier et intermittent, respiration pénible. La veille, vers dix heures du matin, il était en train de jouer avec une boîte de granules de digitaline de Nativelle. On les lui enleva et il resta bien jusqu'au soir où il devint bizarre. Le lendemain matin, à sept heures trente, il commença à vomir et continua jusqu'à l'arrivée du médecin. On le met au lit avec des boules d'eau chaude, et on lui fait prendre 10 centigrammes de calomel et des grogs. A trois heures trente du soir il est plus mal : respiration pénible, mydriase, pouls irrégulier, coma. A cinq heures trente le Dr ROBERTSON voit l'enfant en consultation; il est un peu mieux. A dix heures, l'amélioration s'accentue. Le 31 janvier, après une bonne nuit, il est encore somnolent ; il a beaucoup uriné, le pouls n'est plus intermittent. Guérison rapide.

L'enfant avait pris cinq granules, soit un milligramme un quart de digitaline de Nativelle.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

La lécithine dans le traitement de la tuberculose. — MM. CLAUDE et ALY ZAKY. — Chez l'homme comme chez l'animal, la lécithine n'entrave pas directement la tuberculose, mais modifie, de la façon la plus heureuse, la nutrition du sujet tuberculisé. Sous son influence, on voit le poids augmenter, les échanges nutritifs devenir plus actifs, enfin, surtout, l'élimination du phosphore diminuer considérablement. La lécithine peut donc être considérée comme un adjuvant précieux dans le traitement de la tuberculose.

Un nouveau procédé pour materniser le lait de vache (2). — A. ROMANOV se sert d'un procédé qui vise surtout à obtenir un liquide alimentaire aussi riche en substances grasses que le lait de femme.

(1) *Brit. med. jour.*, 9 février 1901.
(2) *Vratch*, 1er septembre 1901.

A cet effet il fait bouillir dans l'appareil de Soxhlet, pendant dix minutes, du lait de vache fraîchement trait et coupé, par moitié, de décoction d'orge additionnée de 4 0/0 de sucre. Les flacons de 180 gr. du mélange en question sont, après ébullition, placés sur de la glace pendant deux à trois heures. Au bout de ce temps, immédiatement avant de donner à téter à l'enfant, on aspire, au moyen d'un siphon dont le tube est plongé jusqu'au fond du récipient, *la moitié inférieure du lait contenu dans le vase*, en laissant seulement la portion supérieure de ce liquide, trois ou quatre fois plus riche en substance grasse et qui, seule, est donnée à l'enfant, après avoir été réchauffée.

Extraction des corps étrangers du conduit auditif par aspiration. — Dr Cuche de Lure (1) indique, pour extraire les corps étrangers du conduit auditif, un moyen simple et inoffensif, qu'il décrit en ces termes.

Armez-vous d'un drain ordinaire de la longueur d'une cigarette non fenêtré et coupé perpendiculairement à son axe à chaque extrémité. Qu'il soit suffisamment rigide, avec un diamètre qui lui permette d'entrer aisément dans le conduit auditif, c'est le calibre le plus courant. Relevez le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, manœuvre classique ; introduisez une des extrémités du drain jusqu'au contact du corps étranger dont vous aurez, au préalable, reconnu la présence ; mettez l'autre extrémité entre vos lèvres en ayant soin de ne point l'aplatir, et aspirez de toute la force de vos poumons ; en même temps, en soutenant l'aspiration, rejetez la tête en arrière et, neuf fois sur dix, l'objet ventousé viendra, collé à l'autre extrémité du tube.

Pour rendre votre ventouse plus adhésive, préparez votre instrument à l'avance, en faisant tremper l'extrémité qui doit cueillir le corps étranger pendant quelque temps dans l'huile ou dans du pétrole ; le caoutchouc prendra une consistance plus molle, plus souple, plus visqueuse, et vous donnera une ventouse parfaite que vous pourrez employer, le cas échéant, avec le maximum de chances de succès.

Le moyen est simple et réussit toujours, si le corps étranger n'est pas fortement enfoncé et si on est possesseur de poumons solides.

L'huile de ricin résorcino-benzonaphtolée comme antiseptique gastro-intestinal. — M. F. Blinsky (2). — L'huile de ricin additionnée de résorcine et de benzonaphtol à la quantité de 1 gramme de chacune de ces substances (de 0 gr. 50 pour enfants âgés de cinq à quinze ans) par cuillerée à bouche et administrée aux doses

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juin.
(2) *Vratch*, 12 mai 1901.

purgatives usuelles, est le meilleur des antiseptiques du tube digestif, agissant à la fois sur l'estomac (par la résorcine) et sur l'intestin (par le benzonaphtol) et pouvant être employé sans le moindre inconvénient.

Diarrhée verte des nourrissons. — Périer.

℞ Acide lactique.	1 gr.
Sirop de framboises.	20 gr.
Eau distillée.	80 gr.

Par cuiller à café de 1/4 d'heure en 1/4 d'heure entre les tétées, en commençant et en cessant une demi-heure avant ou après les tétées.

BIBLIOGRAPHIE

Groenouw. — **Les ophtalmies des nouveau-nés au point de vue clinique et bactériologique.** (*Graefe's. Arch. f. Ophthalmologie*, vol. III, fasc. 1, p. 1 à 71.) — Les conclusions de cet important travail sont les suivantes :

1° Les ophtalmies des nouveau-nés, allant d'une simple conjonctivite catarrhale jusqu'à la blennorrhée classique, peuvent être provoquées par des microorganismes différents.

2° Parmi les microorganismes nous devons surtout compter : le gonocoque, le streptocoque pyogène, le pneumonoque, le bactérium coli, peut-être aussi le staphylocoque doré.

3° Il y a des cas de blennorrhée conjonctivale, dans lesquels on ne trouve pas de gonocoques ; et, d'autre part, une vraie conjonctivite gonococcique peut évoluer comme un simple catarrhe de la conjonctive.

4° Les blennorrhées gonococciques affectent une forme clinique plus longue, en général, et plus grave que celle des blenorrhées de toute autre étiologie.

5° L'ulcération de la cornée a été constatée, dans les observations de l'auteur, seulement dans l'ophtalmie gonococcique, même à forme relativement légère, mais toujours blennorrhéique.

6° La recherche du gonocoque réussit le plus sûrement par les préparations histologiques. Les gonocoques étaient les seuls microcoques, parmi ceux du sac conjonctival, dans les cas examinés par Groenouw, capables de se décolorer par la méthode de Gram.

7° La culture des gonocoques n'est pas nécessaire pour les déceler, car la méthode de culture de ces mircroorganismes n'est pas aussi sûre que leur examen dans les préparations histologiques.

8° Même au bout de quelques jours ou quelques semaines après cessation de toute sécrétion conjonctivale, on peut trouver des

gonocoques dans le sac de la conjonctive. Il est donc indiqué de prolonger le traitement aux sels d'argent.

9° Ni l'inoculation de cultures virulentes de gonocoque, ni l'inoculation de pus blennorrhagique, dans le sac conjonctival du lapin, ne suffisent pour provoquer chez l'animal la conjonctivite.

10° Dans un grand nombre de cas, surtout de conjonctivites légères des nouveau-nés, il n'est pas possible d'en déceler aucun, malgré l'emploi de différentes méthodes d'examen histologique et de différents moyens et terrains de culture.

11° La coloration de Neisser, destinée à différencier le bacille du microorganisme xéroxis du bacille diphtérique, donne toujours des résultats négatifs, pour le premier de ces microorganismes, cultivé sur sérum sanguin, même pour des cultures datant de 24 heures, souvent aussi pour des cultures plus vieilles. Il n'est donc pas nécessaire d'examiner les cultures avant le délai d'une journée.

A. Antonelli.

Los quistes hidatidicos en la Republica Argentina (*Les kystes hydatiques dans la République Argentine*), par les Drs M. Herrera Vegas et Daniel J. Cranwell (1 vol. de 466 pages, Buenos-Aires, 1901. Coni frères, éditeurs).

Ce beau volume, orné de 27 figures dans le texte, et qui a une préface par le Dr Carlos Berg, repose sur 970 observations, dont 255 concernent les enfants. Grâce à ces éléments cliniques, MM. Herrera Vegas et Daniel J. Cranwell ont pu donner une monographie extrêmement précieuse à consulter pour des Européens qui ne connaissent pas cette fréquence des kystes hydatiques.

Après une étude générale sur l'historique, l'histoire naturelle du ténia échinocoque, son étiologie, sa distribution géographique, sa prophylaxie, les auteurs abordent les différentes localisations observées dans la République Argentine : kystes hydatiques du foie (644 cas), du poumon et de la plèvre (68 cas), de la rate (30 cas), du rein (20 cas), de l'abdomen (26 cas), du cerveau (23 cas), du petit bassin et des organes génitaux de la femme (35 cas), des muscles et du tissu cellulaire (40 cas), de l'orbite (21 cas), de l'épiploon (17 cas), du mésentère (10 cas), des os (4 cas), kystes hydatiques multiples, se montrant à la fois dans plusieurs organes (11 cas), autres localisations (16 cas), sans localisation précise (5 cas).

Ce travail, à la fois anatomique, clinique et thérapeutique, est un document de grand prix pour ceux qui étudieront cette question qu'on n'a guère l'occasion de voir traitée chez nous d'une manière aussi complète, les jeunes sujets atteints de kystes hydatiques n'étant pas très fréquemment observés.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

FRACTURES DES CANULES A TRACHÉOTOMIE,

par le Dr Demetrio GALATTI.

Les fractures canulaires constituent une complication rarement observée après la trachéotomie ; le fait est parfois mentionné dans la littérature médicale russe, américaine et anglaise, exceptionnellement dans la littérature allemande et française. Cette question a été magistralement étudiée par un médecin militaire français, BILLOT, dans les *Annales de laryngologie* de GONGUENHEIM-LERMOYEZ (mars 1896). A l'occasion d'un cas personnel, cet auteur a recueilli toutes les observations qu'il a pu rencontrer dans les ouvrages et périodiques médicaux depuis l'année 1888.

Ultérieurement M. SARGNON, dans sa thèse inaugurale de doctorat, signale quatre cas dont deux de PIENIAZEK, un inédit de M. le docteur GAREL de Lyon et un d'OHBOFSKY (1).

Nous-même avons eu l'occasion d'observer un cas personnel chez une enfant de deux ans et de recueillir une observation antérieure au travail de BILLOT et non citée par lui ; c'est le cas du Dr SEGURA (de Buenos-Ayres) (2) ; dans son travail cet auteur signale également un cas rapporté par MORELL MAKENZIE et sur lequel nous n'avons pas de détails.

A l'Association laryngologique américaine (21e session annuelle tenue à Chicago, 1899), A. COOLIDGE (de Boston) rapporte aussi un cas guéri (3).

Après avoir relaté les différentes observations de fractures canulaires que nous connaissons, nous ferons quelques remarques sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement d'une semblable complication, heureusement fort rare.

Nous rapportons les cas très brièvement :

OBS. I. — BILLOT. Homme 51 ans : trachéotomie depuis 28 ans

(1) *Tubage et trachéotomie en dehors du croup*, thèse de Lyon, juillet 1899.
(2) *Revista de la Sociedad medica argentina*, setiembre y octobre 1894, p. 263.
(3) Analysé *in Annales de laryngologie. Gonguenheim-Lermoyez*, février 1901, page 187.

pour corps étranger ; depuis 6 ans détachement du rebord extérieur de la canule ; il ne change pas la canule néanmoins ; une trentaine de fois, extraction du tuyau de la canule par son fils avec une épingle courbée en crochet. Un jour, étant ivre, impossibilité de retirer le tuyau de la canule ; mort au bout de quelques heures d'asphyxie ; c'était une canule d'argent fenêtrée.

Obs. II. — *British med. Journal*, 1868. *Revue des Sciences méd.*, 1878.

H., trachéotomie 12 ans avant ; extraction avec une longue pince.

Obs. III. — Spence. *Brit. med. Journal*, 1868. Cas analogue.

Obs. IV. — Masing. *Petersburger med. Zeitschrift*, 1860, *Revue des Sciences médicales*, 1878.

Homme, trachéotomie 4 ans avant, pour œdème de la glotte ; à l'autopsie, canule brisée dans la ramification bronchique de 1er ordre (poumon droit) ; pas de réaction locale ; durée de séjour inconnu ; mort par pneumonie gauche.

Obs. V. — Buch. *New-York med. Record*, 1870 :

Homme, 38 ans ; extraction de la bronche droite d'une canule en caoutchouc durci, brisée huit jours avant.

Obs. VI. — Ogle et See. *Med. Times and Gazette*, 1872.

Homme, 32 ans, trachéotomie pour périchondrite, canule brisée en deux parties 4 mois avant l'extraction qui nécessite une nouvelle trachéotomie parce que le fragment de canule s'était logé au-dessus de l'orifice de la plaie, laquelle s'était à peu près complètement fermée.

Obs. VII. — Kirchoff. *Deutschr. Zeitschr. f. prakt. méd.*, 1878.

Homme 25 ans ; laryngite nécessitant une laryngotomie ; emploi d'une canule en caoutchouc, détachement du tube externe 2 ans après ; extraction avec pince courbe vainement tentée : le tube disparaît ; amélioration par introduction d'une nouvelle canule d'argent ; deux ans après, amaigrissement croissant, mort de bronchite aiguë ; autopsie : canule dans la bronche droite ayant séjourné deux ans.

Obs. VIII. — John Whitaker Hulke. *Med. chir. Transact.*, 1878. *Revue des Sciences méd.*, 1878.

Femme syphilitique, trachéotomie ; 10 jours après, chute de la canule externe dans les voies respiratoires ; tentatives infructueuses d'extraction avec pinces ; on met une canule Trousseau. Deux jours après, choroformisation, saisie de la canule avec une anse de fil d'argent ; le crochet lâche avant d'arriver à l'orifice trachéal, mais saisie facile du tube, avec des pinces ; guérison.

Obs. IX. — Henri G. Howse. *Med. chir. Transact.*, 1877.

Homme de 43 ans; trachéotomie depuis 10 ans pour syphilis; port intermittent de canule en argent; depuis 2 mois 1/2 il porte une canule en caoutchouc; elle se casse; chloroformisation, canule sentie à la bifurcation trachéale; tentative inutile d'extraction avec anse métallique, agrandissement de l'orifice externe; extraction avec pince.

Obs. X. — Burow (de Kœnigsberg). *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1877. Homme de 30 ans; hypertrophie de la corde vocale inférieure, trachéotomie.

Burow ayant remarqué qu'on ne peut porter sans danger plus de deux ans de suite la même canule d'argent, à cause de l'usure, avait recommandé au malade de revenir avant. Quatre ans après, il vient avec une dyspnée intense; rupture de la canule externe depuis 10 jours; orifice trachéal rétréci; le sondage avec un stylet découvre la canule à 7 centimètres; extraction avec pince; suffocation lorsque la canule arrive vers l'orifice trop étroit; agrandissement avec le bistouri boutonné, la pince de Makenzie n'étant pas assez résistante, extraction avec pince, guérison.

Obs. XI. — Clément Lucas. *Med. chirurg. Transact.*, 1877.

Homme, 56 ans, blessure du larynx : trachéotomie; port de la canule depuis 15 ans; au cours d'un nettoyage, chute de la plaque externe; symptômes presque nuls, toux légère momentanée; dyspnée 7 jours après, chloroformisation, dilatation de l'orifice; avec une longue sonde, on retrouve la canule : extraction inutilement tentée avec des pinces; le malade, 24 heures après, présente de la cyanose, et demande une canule plus large; 17 jours après, gros ronchus généralisés, expectoration fétide; sous chloroforme, on essaie la méthode de l'anse avec fil métallique; le fil s'engage entre la trachée et le tube et ne peut d'abord être retiré, puis dérape et ramène un gros caillot; soulagement immédiat; extraction du corps étranger avec une pince; guérison.

Obs. XII. — Radulowitsch. *Wratch*, 1881.

Sténose syphilitique; trachéotomie il y a 10 ans; la canule toujours fort altérée est changée quatre fois; elle casse et tombe dans la trachée; extraction en élargissant la plaie trachéale; guérison.

Obs. XIII. — Bogdanowski. *Journal clinique de Chirurgie*, 1881. Extraction, après débridement, d'une canule à trachéotomie en caoutchouc, tombée dans les voies aériennes; le malade, en voulant l'enlever pour la nettoyer, avait cassé le pavillon; la canule était tombée dans la trachée.

Obs. XIV. — Malade mort de pleurésie purulente; à l'autopsie fragment de canule trachéale.

Obs. XV. — Lands. *New-York surg. Society*, 1883. Malade trachéotomisé ; fragment de canule en caoutchouc durci tombé dans bronche gauche ; exploration intra-trachéale avec l'index, qui sent le corps étranger ; extraction par pinces.

Obs. XVI. — Godlinger, *Wratch*, 1883.
Canule d'argent tombée dans la trachée; tentatives infructueuses d'extraction, le corps étranger s'étant logé dans une bronche. Cessation des accidents généraux, le malade part en bon état.

Obs. XVII. — Zenenko. *Genev. klin. Gazette*, 1884. Tube logé vers bifurcation trachéale, extraction avec pince laryngée.

Obs. XVIII. — Rickmann Godlik. *Lancet*, 6 févr. 1885. — Extraction d'un morceau de canule à trachéotomie ayant séjourné deux jours dans la bronche droite.

Obs. XIX. — Razumowski. *Devnik kasausk obst. Wratcher*, 1887. *Revue des sciences méd.*, 1889 ; extraction de deux canules à trachéotomie de la trachée.
Femme, 55 ans : sténose pour corps étrangers, trachéotomisée en 1882. En 1884, rupture d'une canule en argent, qui tombe dans la trachée; la malade remet une autre canule et depuis lors souffre de vives suffocations de toux avec expectoration sanglante et douleur rétrosternale. En 1887, mêmes accidents: la malade vient à l'hôpital trois mois après ; avec la sonde, sensation de corps étrangers ; extraction, d'une canule avec une pince pharyngée ; l'autre tube, senti dans la bronche droite, à 15 centimètre de la plaie trachéale, se casse brusquement lors de l'extraction, expulsion par fragments, les petits par la toux, les autres avec la pince ; guérison quasi complète sans accidents. C'étaient des canules en argent; la plus ancienne était absolument noire, l'autre couverte de mucosités.

Obs. XX. — Orbowski, cité par Hering *Des sténoses réflexes déterminées par les affections nasales*.
Femme hystérique ; quatre fois trachéotomisée pour spasme de la glotte et asphyxie imminente ; une fois elle essaie d'introduire elle-même une canule de caoutchouc qui se casse et tombe dans la bronche gauche. Orbowski la retire, le lendemain avec des pinces mousses, après dilatation préalable de la plaie.

Obs. XXI. — M. Garel (*in* Sargnon). — Homme adulte, vient consulter M. Garel pour fracture de canule métallique d'argent et chute de la canule dans la trachée ; canule cassée visible par la plaie trachéale ; extraction avec une pince courbe ; le fragment est dentelé en scie et complètement noir.

Obs. XXII et XXIII. — Ces deux cas sont cités par Pieniazek

(Cracovie), dans une communication faite au 66e Congrès des naturalistes et médecins allemands en 1894 (à Vienne).

1) Canule trachéale fenêtrée en caoutchouc, tombée dans la bronche droite après fracture du pavillon. Avec l'entonnoir trachéal (*Trachealtrichter)* de l'auteur, la partie supérieure de la canule était visible. Extraction à travers l'entonnoir avec un crochet mousse en l'introduisant dans la fenêtre du tube de la canule.

2) Canule en argent cassée non fenêtrée, tombée dans la bronche gauche. Avec l'entonnoir on voyait la partie supérieure par laquelle la canule fut extraite avec la pince de Schrötter. Les deux extractions ont été faites sous le chloroforme.

Obs. XXIV. — E.-N. Segura. (*Revista de la Sociedad medica argentina*, octobre 1884, p. 263.)

Homme âgé de 35 ans, trachéotomisé à cause d'une lésion du larynx. Un jour où il voulut comme de coutume retirer le tube intérieur de la canule pour la nettoyer, il sentit que le pavillon se mouvait librement. Il détacha le ruban, et il vit que le pavillon seul sortait, le tube restant dans la blessure ; il essaya alors de le retirer ; mais, en cherchant à le prendre, il le fit tomber dans la trachée.

Il se présenta après quelques jours à l'hôpital, mais il n'offrait aucun symptôme alarmant. Il raconta l'histoire de son accident et demanda qu'on lui ôtât la canule. En cet instant il eut des accès de suffocation.

Le médecin, pour éviter la suffocation qu'il croyait produite par deux boutons charnus au bord de la blessure, ne donna aucune importance aux explications du malade ; il se borna à placer une canule.

Le jour suivant, le malade se présenta à la consultation, insistant pour qu'on lui retirât la canule ; on explora les bronches avec un stylet. La canule se trouvait dans la bronche gauche. Avec une pince on retira la canule. On en plaça une nouvelle et le malade fut laissé en très bon état.

Obs. XXV. — A Cooldige (Boston). Jeune homme, 23 ans, trachéotomisé étant enfant et portant toujours une canule. La dernière, en caoutchouc durci, usée par de longs services, se détacha et fut inhalée. A l'entrée à l'hôpital, le malade tousse, il respire bruyamment. Radiographie négative.

Elargissement de la plaie. A l'aide d'un miroir à main et de la lumière solaire, on distingue l'extrémité supérieure du tube dans la bronche droite. Extraction avec une pince.

XXVI. Observation personnelle. — Une enfant de 2 ans a dû être trachéotomisée après une intubation à cause de fréquents rejets de tube. M. le professeur Gersuny fit la trachéotomie et employa sa canule conique. (Voir note.) Au bout de quelques

jours, je fis le changement de la canule. Comme le décanulement était impossible (végétations trachéales), j'appelai M. GERSUNY en consultation. Il remit la canule conique qui entra avec difficulté. Au bout de deux jours, pendant que la garde-malade tenait l'enfant dans ses bras, le pavillon de la canule sur lequel sont attachés les rubans se détacha de la tige. L'enfant respirait mal ; la garde-malade, de peur que l'enfant ne suffoquât, tenait avec ses doigts la canule cassée. Par un hasard étrange j'arrivai quelques minutes après cet événement malheureux. J'enlevai la canule cassée, et je mis tout de suite une autre canule. Le tube de la canule GERSUNY n'est pas tombée dans la trachée à cause de sa forme conique. Il faut noter que dans le changement de canule l'enfant devenait tout de suite asphyxique.

Mon observation diffère beaucoup des autres cas ; il ne s'agit ici ni d'un port de longue durée, ni d'une négligence; c'est une complication tout à fait fortuite ; probablement la canule n'était pas solidement construite, c'est-à-dire que le pavillon n'était pas suffisamment bien attaché à la tige de la canule.

En résumé, nous pouvons dire que les cas des fractures canulaires sont rares ; ils sont dus au port prolongé (plusieurs années) de canules et notamment de canules en caoutchouc durci. Habituellement le fragment inférieur tombe dans la bronche droite, plus volumineuse. La chute dans la trachée et les bronches amène rarement des accidents immédiats graves, car l'air peut passer ; c'est une véritable intubation de la bronche ou de la trachée ; à la longue il survient des accidents inflammatoires chroniques qui habituellement emmènent le malade, si l'on n'intervient pas.

L'extraction du corps étranger s'impose par conséquent, mais en général il n'y a pas urgence immédiate, et le chirurgien a amplement le temps de tout préparer.

Il faut d'abord, en premier lieu, assurer la libre respiration en plaçant une canule trachéale, que l'on enlève lorsque le chirurgien tente l'extraction ; on maintient dilatées les lèvres de la plaie trachéale, et l'on procède à l'exploration trachéo-bronchique pour bien voir le siège précis du corps étranger, avant d'essayer toute manœuvre d'extraction. Avant la radiographie, l'exploration se pratiquait soit au doigt par la plaie trachéale, soit avec un stylet, soit encore à l'aide de la trachéo-bronchoscopie directe, qui, en pareil cas, peut rendre de grands services.

Actuellement la radiographie et la radioscopie permettent de se rendre un compte exact du siège des canules métalliques ; quant aux canules en caoutchouc durci, elles échappent habituellement aux investigations, témoin le cas de COODLIGE.

Une fois le diagnostic du siège fait, il faut faire l'extraction du corps étranger soit avec une anse métallique, soit avec des pinces, en s'aidant autant que possible du bronchoscope de Killian. Signa-

lons aussi l'extraction par bronchotomie à travers les parois thoraciques, méthode proposée, par FOREST-VILLARD en 1891 (1), opération évidemment fort grave.

Les fractures canulaires, comme on le voit dans ma statistique, ne se rencontrent pas dans l'âge infantile. Je n'ai pu trouver aucune observation de fracture canulaire dans le jeune âge, excepté la mienne. En tout cas, comme quelques enfants qui ont été opérés pour croup sont obligés de porter la canule plusieurs années (maintenant avec la sérothérapie et l'intubation dans un nombre moindre), j'ai cru utile de rappeler l'attention des confrères sur cet événement fâcheux. Il faut rendre attentifs, quand même, les parents des enfants, obligés de porter une canule à demeure, à les montrer soit au médecin, soit à l'hôpital, de temps en temps. De la sorte on pourra éviter cet événement possible, quoique extrêmement rare.

Note sur la canule de Gersuny.

La canule de Gersuny, soit canule en entonnoir (*Frichterkanüle Gersuny*) fut seulement décrite par lui dans la *Wiener klinische Wochenschrift* seulement en 1900, n° 26 ; il l'emploie d'ailleurs depuis 1880.

Le tube qui, à la moitié supérieure, a la forme d'un entonnoir diminue de calibre vers son extrémité trachéale qui descend en ligne droite. A cause de la forme conique, l'extrémité trachéale ne bascule pas et ne touche pas la muqueuse de la trachée. En conséquence on évite les ulcérations produites par les canules rondes. De fait, l'auteur ne les a pas observées depuis l'introduction de sa canule. Aussi M. le professeur KOLISKO n'a jamais remarqué dans les nécropsies ni érosions ni ulcérations, contrairement à ce qu'il a trouvé dans les autres hôpitaux d'enfants, où l'on se sert des canules rondes.

L'auteur cite un seul inconvénient relativement à la canule longue (trachéotomie basse).

Cette canule malheureusement peu connue, devrait être expérimentée par d'autres.

HYDROCÉPHALIE ACQUISE, PONCTION LOMBAIRE,

par le Dr CARAVASSILIS.

Professeur agrégé à l'Université d'Athènes,
Chef de service à la clinique des enfants malades.

Il s'agit d'un cas d'hydrocéphalie acquise, dont la guérison est attribuée essentiellement à la paracentèse lombaire. Il faut considérer cette communication comme d'autant plus intéressante que jusqu'à présent les interventions diverses pour le traitement de cette maladie ont donné des résultats peu favorables.

(1) *American Journal of med. sc.*, décembre 1891.

Le 16 avril 1898, je suis appelé en consultation, ainsi que le professeur Zinnis et le docteur Dascalopoulos, à examiner l'enfant Hélène B., âgée de 7 mois, soignée par le Dr Salvaras. L'enfant avait été, huit jours avant, prise d'une gastro-entérite aiguë accompagnée d'une fièvre intense et de selles abondantes diarrhéiques, vertes. — Bien que la fièvre eût cessé depuis trois jours et que les selles fussent devenues plus homogènes, d'une odeur légèrement désagréable, et que l'enfant parût guérie, il se produisit du trismus, de l'éclampsie générale répétée plusieurs fois par jour, et les sutures du crâne s'écartèrent. Rien dans l'hérédité.

Nous trouvons l'enfant en état comateux ; le teint de sa peau est jaune, ses yeux légèrement excavés ; il a du strabisme ; le crâne est augmenté dans les deux diamètres, la fontanelle antérieure est élargie (les diamètres antérieur et transverse de 6 c. m.), bombée ; les sutures du crâne élargies, surtout l'antéropostérieure (de 3 m.m) ; la circonférence de la tête est de 45 c. m. ; le ventre est normal ; les chairs flasques. Il y a de la parésie des membres inférieurs, de la diminution des réflexes tendineux et cutanés, de l'anesthésie générale des téguments ; pas d'urine ; constipation ; température au rectum 38° à 38° 5. L'enfant tette bien.

Nous donnons le calomel à dose purgative.

Vers les 11 heures du soir du même jour, je pratiquai la ponction lombaire entre la 5e vertèbre lombaire et la 1re dorsale assisté de deux de mes confrères, MM. Salvaras et Dascalopoulos, et je fis sortir sous une pression assez forte 50 c.c. de liquide incolore, aqueux, clair et limpide. L'opération ne donna lieu à aucun incident.

Après l'opération, la fontanelle s'aplatit, ses diamètres diminuèrent, les os se rapprochèrent ; la circonférence de la tête diminua de 3 c. m. (42 c m.) ; les autres phénomènes restèrent sans modification. — L'enfant fut purgée 2 fois ; après le calomel il se produisit des évacuations vertes et de mauvaise odeur.

Le liquide extrait présente, après examen, des traces d'albumine et de l'augmentation des chlorures ; pas de microbes. Le 17 avril, on voit la fontanelle antérieure un peu excavée, la circonférence de la tête encore plus diminuée, c'est-à-dire réduite à 41 c. m. ; les autres phénomènes sont les mêmes. Vers midi, 13 heures après la première intervention, la fontanelle antérieure commence à s'élargir et se bombe doucement, les sutures s'élargissent aussi, de sorte que vers le soir du même jour le crâne présentait une circonférence de 44 c. m. Dans ce laps de temps l'enfant fut prise d'accès d'éclampsie, et il se produisit de la parésie de la main droite.

Le soir du même jour, 22 heures après la première intervention, je ponctionne la colonne vertébrale au même endroit, assisté des mêmes confrères et aussi du docteur Sepsis. A mesure que le liquide s'écoule, la fontanelle s'affaisse et les sutures se

rapprochent, de sorte que, après l'opération, la fontanelle paraît aplatie, les sutures presque réunies, tandis que les autres phénomènes persistent. Les urines reparaissent ; des selles normales se produisent. Pas d'accidents opératoires ; cette amélioration du côté du crâne continue pendant 48 heures, c'est-à-dire jusqu'au soir du 19 avril ; alors on observe de nouveau une augmentation de la tête et en général des phénomènes indiquant une nouvelle collection du liquide. Le jour suivant, le 20 avril, la circonférence de la tête dépassait les 44 c. m.

Le même jour dans l'après-midi je répétai la paracentèse entre la 5e et le 4e vertèbre lombaire, et j'obtins un liquide mêlé de sang aqueux environ 30 c. c. Rien comme suite opératoire. On n'observe pas tout de suite d'amélioration; mais après 24 heures il se produit des sueurs abondantes et continues du crâne, suivies de l'aplatissement et de la diminution de la fontanelle, du rapprochement des os et du retour de l'intelligence, de sorte que, deux jours après, l'état de l'enfant est le suivant : la fontanelle est excavée, amoindrie ; les sutures normales ; l'esprit lucide ; le sujet nous sourit et tette bien ; on ne trouve plus de parésie des membres, la petite paraît même un peu moins faible; les phénomènes réflexes sont presque normaux ; les selles aussi sont normales, les urines en quantité satisfaisante.

Depuis, la jeune malade est entrée en convalescence, le poids du corps a augmenté, tout est rentré dans l'ordre.

Deux ans après, en mars 1900, faisant mon cours à l'Université sur les gastro-entérites des nourrissons et présentant l'hydrocéphalie comme pouvant en être une complication, je montrai l'enfant aux étudiants. Elle était bien portante et très intelligente.

Remarques. — J'avais fait les ponctions selon la méthode de Quinque-Chipault, avec la différence que je m'étais servi de l'aiguille de la seringue Roux au lieu du trocart.

J'attribue cette hydrocéphalie à la gastro-entérite, dont l'enfant a souffert, — justifiant cette opinion, et parce que je n'ai rien trouvé du côté de l'hérédité, et surtout par ce qu'on a rapporté des cas (Marfan) d'hydrocéphalie comme complication des gastro entérites aiguës par l'altération des liquides, qui provoque la stase du sang dans le système veineux et sa coagulation par la pénétration du colibacille ou du streptocoque.

Des résultats de ce traitement on peut conclure que la guérison de l'entant doit être attribuée à la ponction lombaire, attendu que par ce moyen ayant extrait une quantité de liquide, qui augmentait rapidement, je pus diminuer sa pression sur le cerveau, pendant un laps de temps assez long, c'est-à-dire plus de 13 heures après la seconde, de sorte que l'organisme réagit par des sueurs abondantes.

Conclusion. — Lorsque nous nous trouvons en présence d'une hydrocéphalie acquise accompagnée d'une augmentation rapide de l'épanchement, nous sommes en droit d'intervenir, parce que d'ailleurs le pronostic de cette maladie est très grave.

GUÉRISON DU PROLAPSUS RECTAL PAR LE TRAITEMENT MÉDICAL (1).

Par L. BAUMEL,

Professeur de Clinique infantile à l'Université de Montpellier.

Il y a deux ans environ, entrait dans mon service un enfant de 4 ans à peine, venu à l'Hôpital Suburbain pour y être opéré d'un prolapsus rectal.

Le chirurgien dans le service duquel il se trouvait, s'étant aperçu que ce petit malade avait un peu de toux et de la diarrhée, me l'envoya pour le traiter et le guérir de l'une et de l'autre, avant de l'opérer.

Tous les cas de prolapsus rectal que j'avais traités jusque-là avaient guéri, sans exception, par le simple traitement médical.

L'enfant ci-dessus ne fit pas exception à la règle générale, et, une fois guéri de sa toux et de sa diarrhée, il le fut aussi de son prolapsus, aussi longtemps du moins qu'il resta dans nos salles et sous notre observation.

Tel a été le point de départ de nos recherches à cet égard. Elles ont fait l'objet, cette année même, de la thèse inaugurale de l'un de nos élèves, M. le docteur Guichou (Montpellier, 1901).

Parmi les observations recueillies dans mon service et qu'il rapporte, il en est une qui offre le plus vif intérêt. Elle est relative à une enfant de trois ans, J... R..., qui, atteinte de prolapsus rectal dès l'âge de 16 mois, fut opérée, pour ce motif, dans un service chirurgical d'où elle sortait en juin 1900. Elle porte les traces des nombreux points de suture qu'on lui fit à cette occasion. Cela n'empêcha point que, au moment de son entrée à la clinique des maladies des enfants (18 septembre 1900), le prolapsus rectal fût encore très marqué.

Elle avait, en outre, de l'adénopathie bronchique avec toux coqueluchoïde et de la diarrhée.

Malgré le sirop de raifort iodé (30 grammes) et la teinture de digitale (2 gouttes), dirigés contre l'adénopathie et l'état du cœur (insuffisance tricuspidienne fonctionnelle); malgré le régime lacté absolu (lait toutes les trois heures), le bismuth (80 centigr. par jour), la pommade à l'extrait de ratanhia et au tannin (ā 5 grammes pour 30 de vaseline); malgré l'adjonction, à ces moyens, du sirop de lacto-phosphate de chaux (40 grammes à 5 0/0) et

(1) Congrès de Nantes. — Section de pédiatrie. (Septembre 1901.)

du sirop de quinquina, même dose en 24 heures, le prolapsus se maintint, continu ou intermittent, jusqu'au 11 décembre inclusivement ; après quoi il disparut, d'une façon définitive, grâce au traitement institué et à la sévérité du régime prescrit.

Ayant appris, par les antécédents, que cette enfant *mangeait, à 9 mois, des haricots, des pommes de terre, du chocolat;* qu'elle avait eu, à l'âge de 22 *mois*, une *broncho-pneumonie*, nous vîmes les raisons du prolapsus rectal dans cette double origine : 1° *gastro-entérite* et *diarrhée chronique*, par sevrage précoce et alimentation vicieuse ; 2° *toux d'adénopathie*, consécutive de la broncho-pneumonie et s'ajoutant à la première cause pour maintenir et aggraver le prolapsus rectal produit par elle.

J'ai vu, dans un autre cas, une longueur de prolapsus de 51 centimètres au moins, que je pouvais à peine réduire et qui restait difficilement réduite, céder à l'emploi des mêmes moyens.

J'en conclus :

1° Que la toux et la diarrhée chroniques sont les causes les plus habituelles du prolapsus rectal permanent chez l'enfant, favorisées par la conformation anatomique du rectum et du sacrum de celui-ci ;

2° Que sa guérison a rarement besoin de l'intervention chirurgicale, et cela, que le prolapsus intéresse seulement la muqueuse, qu'il y entre ou non la musculeuse, le cul-de-sac péritonéal ou tout autre organe prolabé (intestin, ovaire) ; qu'il y ait enfin, ou non, invagination simple ou double ;

3° Que le traitement médical est supérieur au chirurgical.

Nous sommes d'accord, en cela, avec M. Edmund Owen, professeur de clinique chirurgicale à St-Mary's Hospital, lorsqu'il dit : « *Même dans les cas les plus graves*, je n'ai jamais trouvé utile de recourir au bistouri, au thermocautère, aux applications de nitrate d'argent, ou à *quelque autre moyen radical*, et je crois que *ces méthodes ne se justifient que très exceptionnellement* (1). »

Le traitement médical a souvent besoin, toutefois, d'être sévère et continu.

(1) Edmund Owen (de Londres), *Traité pratique de Chirurgie infantile*, 2e édition, traduite et augmentée par le Dr O. Laurent (de Bruxelles), 1891, page 414.

CONGRÈS DE NANTES

DU TRAITEMENT THYROÏDIEN EN PATHOLOGIE INFANTILE ET PARTICULIÈREMENT DANS L'INFANTILISME.

Par M. AUSSET, rapporteur.

Le corps thyroïde possède une influence très puissante sur la nutrition : il active les échanges organiques, et c'est justement sur ces propriétés que l'on a basé la méthode thérapeutique qui consiste à administrer de cette glande aux sujets dont les processus organiques sont ralentis ou arrêtés.

Outre l'action efficace et véritablement spécifique du suc thyroïdien dans le myxœdème franc et dans les états mal définis, classés sous la dénomination de myxœdème fruste, qui semblent se rattacher à un hypofonctionnement de la glande, l'opothérapie thyroïdienne donne les meilleurs résultats dans l'infantilisme.

Il y a lieu de distinguer pour ces cas d'infantilisme ceux qui sont directement liés au myxœdème et ceux qui, en apparence, dépendent d'une autre cause comme le rachitisme, la tuberculose, la syphilis héréditaire. Mais nous pensons que, même dans ces derniers cas, s'il est juste de dire qu'il existe un terrain préparé bien favorable, nous pensons que les troubles de la croissance et les arrêts de développement sont dus à une adultération de la fonction thyroïdienne, adultération produite par la tuberculose, le rachitisme, la syphilis.

Il y a donc lieu, dans les cas d'infantilisme, qu'elle qu'en soit l'origine, d'essayer l'opothérapie thyroïdienne, qui donnera les meilleurs résultats dans la plupart des cas, bien entendu a la condition que le squelette soit encore susceptible de s'accroître. Cette conception d'une hypothyroïdie d'origine rachitique produisant les lésions du squelette et les retards de développement qu'on note chez ces malades, nous semble éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie du rachitisme ; les faits de rachitisme fœtal se produisant quand on déthyroïdise des femelles, l'action favorable exercée par le traitement thyroïdien sur le rachitisme nous prouve que le rôle de la glande doit être considérable dans la production des phénomènes morbides chez les rachitiques. Le succès des phosphates, depuis longtemps connu en thérapeutique antirachitique, pourrait dès lors provenir en partie de ce que la glande thyroïde, très riche en phosphate, récupérerait ainsi ces substances organiques perdues du fait du trouble apporté à son fonctionnement par la maladie primitive.

Le développement et la croissance des organes sexuels est également sous la dépendance directe de la fonction thyroïdienne,

et dans les cas d'arrêt de ce développement il sera indiqué d'employer le corps thyroïde.

La médication thyroïdienne a également donné des résultats dans certains cas d'obésité, mais on devra, chez de tels malades, surveiller tout particulièrement le cœur. Dans la tétanie, elle pourra être justifiée dans une certaine variété de tétanie pouvant se rattacher à un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, dans la sclérodermie, chez les hémophiliques, et dans le rhumatisme chronique.

On ne peut souscrire à la théorie d'Hertoghe qui veut considérer tous les adénoïdiens comme des hypothyroïdiens Les végétations adénoïdes n'ont aucune relation de cause à effet avec les troubles de fonctionnement de la glande thyroïde. Il n'y a donc pas lieu d'employer ici le traitement opothérapique.

La médication thyroïdienne demande à être maniée avec la plus grande prudence chez les enfants qui y sont particulièrement susceptibles On devra surveiller le cœur et les reins avec la plus grande attention, cesser le traitement ou diminuer les doses au moindre signe d'intoxication thyroïdique. On devra toujours commencer par des doses minimes, tâter la susceptibilité du sujet, n'accroître ces doses que lentement et progressivement, mettre de temps à autre des intervalles de repos pour éviter l'accumulation. On aura le soin de choisir des préparations bien dosées, bien faites et de date récente ; chez les enfants ce sont les tablettes, comprimés et pastilles qui sont les plus commodes à administrer. Enfin nous terminerons en émettant le vœu que les fabricants de spécialités thyroïdiennes indiquent toujours sur leurs flacons s'il s'agit de glandes d'animal jeune, qu'ils notent la date de la préparation, la quantité exacte de glande fraîche représentée par chaque pastille ou tablette ; ils devront aussi veiller à la stérilisation parfaite de leurs produits.

PSEUDOARTHROSE DU FÉMUR POST-TRAUMATIQUE CHEZ UN ENFANT DE QUATORZE ANS. EMBOITEMENT DU BOUT INFÉRIEUR DANS LE CANAL MÉDULLAIRE DU BOUT SUPÉRIEUR ET SUTURE MÉTALLIQUE. GUÉRISON.

Par M. MAUCLAIRE (Paris).

L'ostéogenèse étant très active chez l'enfant, il semblerait que la pseudoarthrose post-traumatique devrait être assez rare. Cependant, dans une thèse récente, Charet a pu réunir trente-cinq cas de fractures fermées suivies de pseudoarthrose chez des enfants.

En voici un cas qui nous est personnel:

Un enfant de quatorze ans entre d'urgence, le 15 juillet 1900, à l'hôpital Bichat, pour une fracture compliquée du fémur à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de la

diaphyse. Etant donné l'ouverture du foyer de fracture, une suture immédiate au fil d'argent fut faite par l'interne de service. Malheureusement, la suppuration s'établit et empêcha la consolidation, même au bout de six mois.

Le 12 janvier 1901, nous nous décidons à explorer le foyer de fracture qui fut mis à nu. Nous trouvons que le fragment inférieur a chevauché sur la face externe du fragment supérieur. Une longue esquille interposée est enlevée. Après une très forte traction, l'extrémité supérieure du fragment inférieur est emboîtée dans le canal médullaire du bout supérieur, puis une suture métallique consolide cet emboîtement en perforant les deux fragments. Le membre est immobilisé dans un appareil plâtré qui prend tout le bassin et toute la cuisse. Le membre ne peut être maintenu en légère abduction sous peine de détruire l'emboîtement, la direction du fragment supérieur étant un peu en adduction.

Au bout de quatre mois, la consolidation était obtenue. Les massages furent faits tous les jours et rétablirent rapidement la fonction des muscles.

Actuellement le résultat fonctionnel est excellent. Le raccourcissement est de deux centimètres au plus. La station debout et la marche ne déterminent pas de fatigue notable.

SUR L'OCCLUSION CONGÉNITALE DE L'ORIFICE POSTÉRIEUR DES FOSSES NASALES,

Par M. BOULAY (Paris).

Parmi les causes rares d'obstruction nasale chez l'enfant, l'oblitération de l'orifice postérieur des fosses nasales est une des moins connues. Il n'en existe guère qu'une soixantaine d'observations dans la littérature médicale.

Ayant eu l'occasion d'en opérer deux cas, je suis à même de mettre en évidence quelques particularités cliniques présentées par ce vice de conformation.

1° En premier lieu, il est surprenant de voir combien cette oblitération, même complète et bilatérale, peut être relativement bien supportée. Si quelques nouveau-nés atteints de cette malformation succombent rapidement à l'asphyxie ou à l'inanition, un bon nombre résistent : non seulement ils survivent, mais, après quelques mois d'existence plus ou moins pénible, ils prennent le dessus, s'accommodent à leur respiration défectueuse et atteignent l'âge de l'adolescence avec un développement presque normal et un état de santé qui peut être excellent Ils supportent si bien leur infirmité, que ce n'est souvent qu'à quinze, dix-huit, vingt ans ou même plus tard qu'ils se présentent au rhinologiste.

2° Un second fait qui frappe dans la lecture des observations, c'est la fréquence des erreurs de diagnostic faites à propos de cette

malformation. Cela tient, d'une part, à ce qu'elle n'a pas de symptomatologie propre, de l'autre, à ce que, siégeant dans une région peu accessible à l'exploration, elle demande à être recherchée.

Les symptômes fonctionnels de l'occlusion cho-anale sont ceux de toute obstruction nasale chronique ; or, comme les végétations adénoïdes sont la cause la plus fréquente de l'obstruction nasale dans l'enfance, c'est à elles que l'on pense tout d'abord en présence d'un enfant atteint d'occlusion cho-anale : on curette le pharynx nasal, on cautérise les cornets, on enlève une épine de la cloison, sans d'ailleurs aucun résultat. Nos deux malades avaient subi ces diverses interventions sans obtenir aucun soulagement.

3° Le diagnostic est cependant assez aisé, pour peu qu'on pense à la possibilité de cette malformation. L'imperméabilité absolue de l'une des fosses nasales ou des deux, le plus souvent remplies d'un mucus épais et demi-transparent, l'exploration avec le stylet arrêté par un plan résistant avant sa pénétration dans le pharynx nasal, les données de la rhinoscopie postérieure sont les principaux éléments de diagnostic.

4° Au point de vue du traitement, il faut savoir que le diaphragme obturateur est presque toujours osseux : peut-être ne l'est-il pas constamment au moment de la naissance ; mais, à l'âge où le malade vient le plus souvent réclamer une intervention, de dix à vingt ans, il est osseux en totalité ou en partie neuf fois sur dix. Quant à son siège, il est un peu plus souvent unilatéral que bilatéral, et c'est alors de préférence à droite qu'on l'observe.

Le traitement est plus ou moins facile, selon qu'on a affaire à un cas simple ou complexe. Les cas complexes sont ceux où l'occlusion cho-anale est accompagnée d'autres malformations : déviation de la cloison, atrésie des fosses nasales par arrêt de développement, cloisonnement du pharynx nasal.

La difficulté est d'obtenir un orifice large, qui ne se rétrécisse ou ne se comble pas dans la suite. En cas d'occlusion simple on peut opérer sous la cocaïne ou le bromure d'éthyle : la perforation avec une tréphine mue par un tour électrique est alors le procédé le plus expéditif.

En cas d'occlusion complexe, il vaut mieux opérer sous le chloroforme. Dans un premier temps, on se donne de l'espace en réséquant l'éperon de la cloison ou le cornet inférieur gênant ; ensuite on perfore le diaphragme osseux au tour électrique ou bien à l'aide d'un ciseau et d'un maillet. Pour faire un large orifice, il ne faut pas craindre de mordre sur le bord postérieur de la cloison du nez, qu'on peut sans inconvénient détruire sur une profondeur d'un demi-centimètre : on fait ainsi communiquer largement les deux cho-anes et l'on détruit la ligne d'insertion du diaphragme osseux sur la cloison ; c'est le meilleur moyen de prévenir la récidive sous forme de brides ou de membranes fibreuses.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

LA MER ET SES BIENFAITS THÉRAPEUTIQUES

L'ASSISTANCE MARITIME DES ENFANTS ET L'ŒUVRE DES HOPITAUX MARINS (SANATORIUMS MARITIMES POUR ENFANTS)

Conférence par M. le Dr Charles LEROUX,
Secrétaire de l'Œuvre.

MESDAMES, MESSIEURS,

Ne pouvant poétiser la mer, comme le fit MICHELET dans son livre, je vous en parlerai simplement, pratiquement, en médecin, et j'en étudierai avec vous les effets thérapeutiques.

Je dois dire, pour être vrai, que MICHELET n'avait pas vu la mer uniquement en poète, mais aussi en philanthrope, et que déjà il avait prédit qu'on l'utiliserait un jour pour régénérer l'enfance.

En effet, le bord de la mer, la plage n'est pas uniquement un endroit où l'on se rend en villégiature pendant l'été, où les enfants font des trous dans le sable pendant que les parents vont jouer aux petits chevaux ; c'est aussi une station, une station hydrominérale, où l'on peut faire une cure de premier ordre, comme j'espère vous le démontrer.

Certes, je n'ai pas à définir la mer. Vous connaissez tous cette immense cuvette d'eau salée, — « la piscine de Dieu », comme dit MICHELET ; la piscine du pauvre, pourrions-nous ajouter, — qui baigne nos côtes de France sur trois zones différentes, les seules du reste dont nous aurons à nous occuper.

Pour apprécier le mode d'action du traitement marin, il nous faut connaître les deux éléments qui entrent en cause : l'*eau de mer* et l'*air marin*.

L'*eau de mer* est une eau chlorurée sodique, c'est-à-dire qu'elle renferme surtout du chlorure de sodium, du sel marin. Elle se rapproche par sa composition de diverses eaux que vous connaissez bien : Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura, par exemple.

Un litre d'eau de l'Océan, prise au large, contient environ 35 gr. 24 de sels pour 964 gr. 76 d'eau.

Parmi ces 35 grammes de sels, le chlorure de sodium est le plus abondant, puisqu'il représente à lui seul 27 gr. 05 ; les autres, moins importants, sont les suivants :

Chlorure de potassium.........	0,76 cent.
Chlorure de magnésium........	3,67 —
Bromure de magnésium.........	0,03 —
Sulfate de magnésie............	2,30 —
Sulfate de chaux................	1,41 —
Carbonate de chaux............	0,03 —

L'eau de mer contient-elle de l'iode ? La question a été fort discutée ; mais aujourd'hui, si l'on s'en rapporte aux travaux de M. Armand Gauthier, voici ce qu'on peut dire :

L'eau de la pleine mer prise à la surface ou puisée à une faible profondeur ne contient pas d'iodures minéraux ; dans cette eau, la presque totalité de l'iode existe sous forme de composés organiques dont une grande partie se fixe dans les êtres microscopiques : zooglées, algues, spongiaires, etc., qui vivent à la surface et jusqu'à une certaine profondeur de la mer.

Ces composés organiques s'accumulent dans les eaux du rivage qui déposent, sous forme d'écumes, de zooglées, de diatomées, etc., leurs matériaux chargés d'iode, matériaux en partie solubles, en partie muqueux, restant, après le bain, adhérents à la peau qui les absorbe ensuite partiellement. C'est grâce à ce *mucus* iodé que l'organisme peut bénéficier de l'action excitante et spécifique du bain, jointe à celle qu'exercent les autres substances salines, le chlorure de sodium en particulier.

C'est également sur ces micro-organismes que se fixe le phosphore, qui donne à la mer, en certaines circonstances spéciales, cette luminosité, cette phosphorescence si curieuse, et que nous avons eu l'occasion d'observer dans un voyage récent sur les côtes de Sicile.

Enfin, l'eau de mer contiendrait encore quelques traces de fer, de zinc et d'or ; mais ce dernier métal doit être en quantité médiocre, puisqu'aucune société ne s'est encore formée pour l'extraire.

De tout ceci, retenons surtout que la caractéristique de l'eau de mer est sa salure, salure qui varie du reste suivant les zones. C'est ainsi que la Méditerranée est plus salée que l'Atlantique et que la mer du Nord.

Si vous voulez des chiffres, voici les proportions :

La Méditerranée renferme 40 gr. de sels pour 1000 gr.

L'Atlantique, 38 p. 1000.

La mer du Nord, 33 p. 1000.

Et si nous prenons les extrêmes, nous verrons que la mer Rouge atteint 42 gr. p. 1000, alors que la Baltique orientale n'en renferme que 4 p. 1000.

Ces différences tiennent en partie à la chaleur du climat et à l'évaporation qui se fait à la surface de la mer, et aussi au mélange des eaux douces apportées par les grands fleuves.

Dans la Baltique ce mélange est très important, alors que dans la mer Rouge, si mes souvenirs géographiques ne sont pas erronés, il est insignifiant.

De tous ces détails, retenez surtout que l'eau de la mer est une eau chlorurée sodique dont les effets se rapprochent de ceux qu'on obtient à Salies-de-Béarn ou Salins-du-Jura. C'est une eau froide, dont la température moyenne oscille entre 15 et 25 degrés.

Enfin j'attire votre attention sur un dernier caractère qui a son rôle en hydrothérapie marine : je veux parler de la marée et des vagues qui sont en quelque sorte les pulsations de cet immense organisme vivant qu'est la mer.

Le second facteur thérapeutique est l'*air marin*. Il est certain que l'air qu'on respire au bord de la mer est identique à celui de la plaine ou de la montagne ; mais le voisinage de la mer lui donne quelques caractères spéciaux qui expliquent son action.

Sa caractéristique est une pureté extrême. Il est, sinon aseptique, au moins presque aseptique ; il vaut sous ce rapport celui de la montagne qui devient d'autant plus pur qu'on s'éloigne des centres habités et qu'on s'élève plus haut au-dessus de la plaine.

Permettez-moi, pour vous prouver ce fait, de vous rappeler les expériences de Miquel et celles de Lalesque et Rivière (d'Arcachon). Ces auteurs, analysant au point de vue bactériologique, un mètre cube d'air, ont trouvé :

En haute mer (Miquel), 0 microorganismes ;

A 100 kil. des côtes (Miquel), 6 à 45.

Littoral atlantique (Lalesque et Rivière, d'Arcachon), 150 à 155.

A Paris, parc Monsouris (Miquel), 480.

A Paris, rue de Rivoli (Miquel), 3,480.

Jugez par ces chiffres du nombre de microbes qu'on trouverait dans un mètre cube d'air recueilli rue Mouffetard ou dans un de ces taudis habité par plusieurs personnes.

Cette asepsie de la pleine mer vous explique le rôle purificateur des vents du large qui viennent constamment balayer les émanations du littoral et aseptiser l'air marin.

De plus, l'air, au bord de la mer, est soumis à une plus grande pression que sur la montagne : c'est de l'air comprimé qui pénètre plus facilement dans les voies respiratoires et dont l'oxygène s'absorbe plus largement.

Ajoutons que son humidité, quand elle n'est pas trop grande, est plutôt favorable ; que sa température, enfin, est assez uniforme, en ce sens que la chaleur et le froid ne sont pas aussi accentués au bord de la mer que sur le continent.

La composition chimique de l'air marin est identique à celle de l'air qu'on respire partout, mais avec quelques petites différences. L'air marin est à son maximum d'oxygénation ; il renferme de plus de l'ozone, ou oxygène modifié, en quantité plus grande que sur le continent. Or, l'ozone jouit de propriétés désinfectantes et toniques qui ont leur valeur.

La présence d'autres composés chimiques, tels que le chlorure de sodium, les sels iodés et bromurés, est plus douteuse ;

mais il n'est pas rare, en se promenant sur la plage, de percevoir sur ses lèvres ce goût salé que vous connaissez bien. Pour que ce phénomène se produise, il faut toutefois l'agitation de la marée ; il faut surtout que les vagues, venant se pulvériser sur les brisants, répandent dans l'atmosphère des particules salines (c'est l'embrun de mer) que les vents transportent sur la plage, mais toujours à une faible distance. Aussi, si vous voulez bénéficier d'une véritable cure marine, il faut choisir une villa sur la plage, face à la mer.

En résumé, l'air marin se caractérise par sa pureté, par son renouvellement incessant, par un air plus pur venant du large, par sa densité, par son oxygénation, et, avec moins d'importance, par les composés salins qu'il transporte.

Ces caractères sont du reste modifiés notablement suivant les zones maritimes, modifications qui font les différents *climats marins* dont je tiens à vous parler.

La France possède, comme vous le savez, trois zones maritimes : la première qui va de Dunkerque à Brest ; la seconde, qui s'étend de Brest à Biarritz ; la troisième enfin, la zone méditerranéenne.

De ces trois zones, celle qui, à mon avis, possède les caractères généraux les plus favorables est la zone atlantique, caractères qui font de son climat le type du *climat marin*. En effet, la température y est généralement modérée ; les hivers ne sont pas froids, les étés ne sont point trop chauds, sauf certaines journées où la température s'élève plus que de coutume, mais toujours atténuée par la brise marine.

Les écarts de température sont peu considérables entre les diverses heures de la journée, d'un jour à l'autre, d'un mois à l'autre. Les transitions se font, en général, doucement et sans brusquerie.

L'humidité, au-dessus de la moyenne, varie relativement peu ; il n'y a ni trop d humidité, ni trop de sécheresse ; les jours de pluies sans être rares, ne sont pas trop fréquents. Le sable et les dunes du littoral absorbent du reste rapidement l'excès d'humidité.

Les vents (et retenez bien ce caractère) sont le plus souvent des vents d'Ouest, c'est-à-dire des vents marins avec tous leurs avantages : purs puisqu'ils viennent du large, tièdes puisqu'ils se réchauffent au contact du Gulf-Stream.

J'ajoute que la plupart des stations du littoral sont situées entre la mer et la forêt de pins qui joue le rôle de rideau protecteur contre les vents de terre et les vents du Nord.

Enfin, les dépressions brusques du baromètre sont relativement rares, d'où la rareté plus grande qu'ailleurs des bourrasques et des tempêtes.

Si nous passons maintenant à la zone du Nord, nous trouvons

bien les mêmes caractères généraux du climat marin, mais avec des exagérations et des perturbations plus fréquentes. La température moyenne y est moins élevée et moins stable. L'humidité y est souvent trop grande, surtout en hiver, avec des pluies plus fréquentes et un assèchement du sol moins rapide ; les vents sont plus variables, et souvent plus violents, les dépressions barométriques plus fréquentes et avec elles les bourrasques. En somme, le climat marin du nord est plus rude que celui de l'Altantique.

La troizième zone, celle de la Méditerranée, a des caractères entièrement différents. La température moyenne y est beaucoup plus élevée, les hivers moins froids ; mais, par contre, les étés y sont souvent trop chauds. On constate fréquemment des écarts notables de la température aux diverses heures de la journée, particulièrement au coucher du soleil. En revanche, le beau temps y est persistant ; mais l'air est beaucoup plus sec, souvent trop. Les vents dominants (et retenez encore ce caractère) sont des vents continentaux et non marins, parmi lesquels le mistral est des plus désagréables. En sorte qu'en considérant la chaleur et la sécheresse habituelles, la prédominance des vents continentaux, on en déduit que le climat est lui-même plus continental que marin.

Ajoutons que la mer ne subit guère l'influence de la marée, que les vagues y sont rares, et nous aurons signalé le dernier caractère qui distingue la zone méditerranéenne de celle du nord de l'Altantique.

Vous le voyez, il existe entre ces diverses zones des différences qu'il est bon de connaître puisqu'il en découle quelques indications pour l'envoi des malades dans telle ou telle région et pour le choix d'une plage.

Les plages du Nord conviennent surtout aux malades dont les bronches sont solides, qui ne sont point sujets aux congestions ; à ceux particulièrement qui sont atteints de tumeurs blanches ou de plaies atoniques, à ceux qui sont mous, sans réaction. A ceux-là l'air vif et stimulant de la Manche leur est très favorable.

Les plages de l'Atlantique s'adressent particulièrement aux enfants trop délicats pour supporter les vicissitudes atmosphériques de la Manche, aux enfants nerveux sujets aux bronchites, aux congestions.

Enfin les plages du littoral méditerranéen réclament surtout les malades faibles de poitrine, ou déjà atteints de tuberculose pulmonaire commençante.

Malgré ces indications légèrement différentes, je tiens à le déclarer tout de suite : partout, aussi bien dans le Nord que dans le Midi, que sur les bords de l'Océan, partout les résultats sont excellents, partout le traitement marin fait merveille.

Qu'est donc le traitement marin? Quels en sont les résultats? Telles sont les questions que nous allons aborder.

Le *traitement marin* est fort simple. Il se compose de deux éléments : l'*aérothérapie marine* et l'*hydrothérapie marine*.

Il consiste à séjourner le plus longtemps possible au bord de la mer, à respirer largement un air pur, presque aseptique, fortement oxygéné. Il consiste enfin à prendre des bains de mer.

Les bains de mer froids, par leur température, leur densité, leur pression, possèdent à un haut degré les propriétés toniques des bains froids; par leur composition chimique, ils partagent les vertus des eaux chlorurées sodiques, et sont ainsi de véritables eaux minérales mises à la portée de tous ; par le choc des vagues qui projettent sur le corps une eau constamment renouvelée, ils réalisent les meilleures pratiques de l'hydrothérapie.

Les bains de mer chauds qu'on donne en hiver ou en été à certains enfants trop faibles pour aborder les bains froids, permettent l'absorption de substances salines ; mais ils n'ont point, malgré tout, l'efficacité des bains froids qui se prennent dans une eau vivante en quelque sorte, et, partant, plus active.

On peut également, dans certains cas, utiliser les bains de sable, les douches d'eau de mer.

Dans certaines régions, et particulièrement aux Salins-d'Hyères, aux Salins du Croisic, on emploie avec avantage les eaux mères, extraites des salines, en applications externes, en compresses sur les tumeurs blanches, les plaies atoniques. Concentrées, ces eaux mères sont expédiées sur le continent et servent à l'administration des bains de mer à domicile.

L'eau de mer peut encore servir à faire des pulvérisations, des lavages du nez, de la gorge contre diverses affections des muqueuses si fréquentes chez les lymphatiques. On a même essayé de l'utiliser en injections sous-cutanées comme sérum naturel.

Toutes ces applications sont, du reste, encore fort restreintes et peu pratiquées, tout d'abord parce qu'il n'y a point d'installation faite dans ce but, et ensuite parce que l'eau de mer est trop abondante pour qu'on puisse croire à son action. S'il n'y avait que quelques sources, quelques griffons, tout le monde s'y précipiterait : c'est l'esprit humain !

Et cependant l'action du traitement marin est bien manifeste.

Il active la circulation générale, il favorise l'absorption de l'oxygène par les globules du sang ; il stimule l'appétit et exerce une action stimulante sur les individus. Les échanges se font mieux, la nutrition est activée, ainsi que l'indique l'augmentation du poids et de la taille des enfants, plus rapide à la mer que partout ailleurs.

Les résultats thérapeutiques sont faciles à déduire : amélioration de l'état général des malades et guérison progressive des maladies justiciables du traitement marin.

Mais, mesdames, à côté des avantages, il est bon de signaler les inconvénients et même les dangers de ce traitement.

L'effet tonique et stimulant peut dépasser les limites favorables et l'excitation peut être trop vive. Il est reconnu que certaines personnes, pendant les premiers temps de leur séjour à la mer, sont excitées, nerveuses, sujettes à l'insomnie; quelques-unes atteintes d'un léger mouvement fébrile, connu sous le nom de *fièvre marine;* mais ces cas sont relativement rares, et facilement l'accoutumance se produit, surtout si l'on augmente progressivement la durée du séjour sur la plage; si l'on mitige l'influence de l'air marin par l'air des campagnes du voisinage. Avec ces précautions, il est rare qu'on n'obtienne point le résultat désiré, au moins chez les enfants.

Chez les adultes, les inconvénients sont quelquefois plus sérieux. Il est certain que les sujets nerveux et irritables, les névropathes, sont souvent excités au bord de la mer; que les arthritiques, c'est-à-dire tous les individus de famille goutteuse ou rhumatisante, tolèrent souvent mal les effets stimulants de la mer. Enfin, les malades prédisposés aux congestions viscérales sont plus exposés là que partout ailleurs.

C'est pour ces diverses raisons que les personnes âgées, plus souvent goutteuses et rhumatisantes ou plus sujettes aux congestions que les enfants, ne doivent user qu'avec une extrême prudence du traitement marin.

Voilà la règle; mais, mesdames, que d'exceptions ne pourrais-je vous citer! Je me souviens toujours du fait suivant qui a dû se répéter chez plus d'un de mes confrères. Une dame vient un jour me demander ce que je pense pour elle d'un séjour au bord de la mer pendant la saison d'été. Or, cette dame était une rhumatisante doublée d'une nerveuse, encore sous le coup de douleurs rhumatismales et de sciatique. Je lui dis que dans son cas la mer ne pouvait qu'exercer une action défavorable et qu'une station thermale me paraissait plus indiquée. Voyant qu'elle était décidée à ne pas suivre mon avis, je lui dis de venir me revoir à son retour. En effet, trois mois après, elle vint me trouver rayonnante. Elle avait fait à la mer un long séjour, elle avait pris des bains, et jamais elle ne s'était mieux portée. Je me montrai aussi enchanté qu'elle, et lui dis qu'elle était l'exception que j'attendais pour confirmer la règle qne j'avais émise. Mais la médaille avait un revers: huit jours après, cette dame me faisait demander chez elle pour une formidable attaque de rhumatisme!

Ce fait prouve que le traitement marin n'est pas toujours innocent et qu'il faut être guidé dans l'emploi de cet agent thérapeutique. J'arrive ainsi à vous parler de ses *indications générales* et à vous énumérer, sans trop m'y attarder, les diverses maladies justiciables de la cure marine, et les résultats obtenus dans ces divers cas. Le traitement marin puisant ses principales indications parmi les maladies de l'enfance, c'est de ces dernières seules que je m'occuperai pour cette fois. (*A suivre.*)

PRATIQUE JOURNALIÈRE

MÉDECINE INFANTILE

Zur Casuistik der Hemophilie im Säuglingsalter. Ein Fall von tœdlicher Blutung aus dem rechten Conjonctivalsack bei einem dreiwöchentlichen Kinde (1). (*Contribution à l'étude de l'hémophilie dans l'enfance. — Un cas d'hémorragie mortelle par le cul-de-sac conjonctival droit chez un enfant de trois semaines*). — Dr VON ETTLINGER. — Il s'agit d'un enfant débile, né avant terme, et qu'on dut placer dans une couveuse où, se nourissant mal, il se développa mal. Il présenta de l'ictère, une légère suppuration de la plaie ombilicale, avec un peu de rougeur diffuse ; enfin, un érythème du menton, de la paume des mains et des pieds avec desquamation légère, qui fit penser à la syphilis héréditaire. Par la suite une entérite vint encore compléter la série des accidents, bientôt suivie d'une conjonctivite purulente, classée blennorrhagique par l'auteur, et d'une bronchite.

C'est alors que la conjonctive droite se mit à saigner. L'hémorragie augmenta le lendemain, et ne put être enrayée par aucun des moyens mis en œuvre. A ce moment on vit apparaître des pétéchies dans la fosse sus-épineuse, et il survint une hématémèse. Deux jours après, nouvelle éruption pétéchiale autour des malléoles, et de chaque côté du repli médian de la voûte palatine, puis sur les avant-bras. L'enfant succomba dans le collapsus avec tous les signes d'une anémie profonde.

On avait prescrit contre les hémorragies de l'hydrastis canadensis et de l'ergotine, mais sans aucun succès.

L'auteur pense qu'il ne s'agit, dans ce cas, ni de *purpura simplex*, ni de *purpura* hémorragique, ni de scorbut ; il élimine même l'influence de la syphilis héréditaire. D'après lui, il s'agit d'un cas d'hémophilie, et il rapproche ce cas d'hémorragie conjonctivale de ceux, analogues, qui ont été déjà publiés antérieurement.

Les cas d'hémophilie dans les premières années de la vie ne sont pas exceptionnels, puisque sur 3 cas de cette maladie qui ont été relevés par GRANDIDIER, on en trouve 63 dans la première année de la vie, et 17 dans la deuxième, soit 56 0/0 dans le premier cas et 16 0/0 dans le second ; en tout 72 0/0 dans les deux premières années de la vie.

L'hémophilie serait plus fréquente chez les garçons. L'auteur donne, sur 69 cas colligés par lui en Russie et ailleurs, 23 cas où le sexe n'est pas indiqué, et pour le reste 36 garçons et 10 filles.

(1) Jahrbuch für Kinderh, 1er juillet 1910, p. 24.

Dans 38 cas, sur ces 69, où la terminaison de la maladie est indiquée, on note seulement 4 guérisons, et chez des enfants déjà âgés, contre 27 morts, c'est-à-dire une proportion de 87 pour 100, répartie ainsi :

68, 07 0/0 dans la première année de la vie ;

96 0/0 dans la seconde.

H. BARBIER.

Spätespontane Blutung aus dem Nabel der Neugeboren (1). — (*Hémorragies ombilicales spontanées survenant tardivement chez le nouveau-né*). — J. M. LJWOW.— Trois observations de cet accident. Dans un cas l'hémorragie survint 13 jours après l'accouchement, 6 jours après la chute du cordon : c'était chez un syphilitique héréditaire, dont l'hémorragie cessa par l'application d'une compresse d'ouate hémostatique.

Dans le second cas, où l'hémorragie survint dix jours après l'accouchement, ce moyen ne réussit pas ; on dut faire une ligature sur le bout du cordon, elle tomba neuf jours après ; et l'hémorragie ne reparut pas.

Dans le 3e cas, l'hémorragie survint deux heures après la chute du cordon ; ici encore on dut faire une ligature.

La syphilis héréditaire était encore en jeu dans ces deux observations.

H. BARBIER.

Extraordinary weight of fœtus at term (2). — (*Poids extraordinaire d'un fœtus à terme*).— Dr Eg. KIRBY. — Il s'agit d'une dix-septième grossesse. La mère est d'une taille moyenne, le père également. Les autres enfants n'ont rien d'extraordinaire. Lors des accouchements précédents, les enfants étaient gros et on a été obligé d'appliquer le forceps.

KIRBY dut appliquer le forceps et terminer l'accouchement. L'enfant, un garçon, était cyanosé, ne respirait pas ; mais il put être ranimé. Il mourut vingt-deux heures après la délivrance. Placenta gros. Il pesait exactement 14 livres 15 onces et mesurait 21 pouces de longueur.

Ce poids correspond à 6775 grammes, soit près de quatorze livres.

Un cas de persistance du canal omphalomésentérique. — M. KIRMISSON a observé ce vice de conformation sur un enfant de cinq mois et demi, qui n'en présentait aucun autre. Au niveau de l'ombilic existait une petite tumeur, du volume d'une fraise, lisse, luisante, rougeâtre, et offrant les caractères d'une hernie de la muqueuse intestinale. A son centre on pouvait faire pénétrer un stylet à 4 centimètres de profondeur ; de la matière muqueuse sortait seule de sa

(1) *Medic. Obosrenie*, 1900.
(2) *Brit. med. Journ.*, 5 janvier 1901.

captivité. Il n'était pas douteux qu'il s'agissait de la persistance du diverticule de Meckel. Il a fait la laparotomie, et a constaté que le diverticule, long de 5 centimètres, allait s'insérer sur l'insertion du mésentère. La résection faite, il a suturé l'abdomen et l'enfant a guéri sans incident.

Hérédo-syphilis, mort subite. — MM. Gastou et Detot viennent d'observer un enfant dont la mère avait contracté la syphilis vingt ans auparavant ; le père a été plus récemment atteint de syphilis. L'enfant est né sain, et ce n'est qu'après sept semaines qu'il a présenté sur les fesses une éruption ulcéreuse. On le mit en traitement. Quelques jours après, il mourut sans que l'auscultation ait rien révélé d'anormal. A l'autopsie, on trouva des lésions de syphilis viscérale généralisée à tous les organes.

Double vagin et double utérus (1). — M. Hirigoyen lit l'observation d'une jeune fille présentant un double vagin et un double utérus. Elle avait été réglée à douze ans : de treize à dix-sept ans ses règles s'étaient trouvées suspendues pour revenir ensuite régulièrement à partir de cet âge. A son entrée dans le service, elle était enceinte de huit mois et demi. Le toucher vaginal permet de trouver une cloison antéro-postérieure légèrement déjetée à droite. Au fond des conduits vaginaux on trouve deux cols identiques comme volume et consistance. Le fœtus s'est développé dans la moitié droite de l'utérus. La délivrance terminée, M. Hirigoyen fit la section de la cloison.

Luxation congénitale de la hanche gauche. Guérison (2). — MM. Piéchaud et Guyot présentent une fillette de cinq ans atteinte d'une luxation unilatérale gauche et guérie par réduction non sanglante, d'après la méthode de Lorenz.

TRAITEMENTS ET REMÈDES NOUVEAUX

Nécessité de l'isolement des enfants coquelucheux dans les compartiments de chemins de fer (3). — Variot. — J'appelle toute l'attention de la Société de pédiatrie sur la nécesité d'isoler les enfants atteints de coqueluche dans les compartiments de chemins de fer.

Cette maladie est, on le sait, très contagieuse ; et, malgré toutes les précautions, les enfants, au moment des quintes, pulvérisent leur expectoration sur les coussins, les rideaux, les tapis, etc., et même vomissent ensuite leurs aliments.

D'autre part il est indispensable de faire voyager les coquelucheux ; c'est même notre principale ressource thérapeutique, puisque nous abrégeons la durée de la coqueluche par le chan-

(1) et (2) Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux Séance du 23 juillet 1901.

(3) Société de pédiatrie, séance du 8 octobre 1901.

gement d'air et la vie au grand air. Nous n'avons jusqu'ici aucun remède spécifique à opposer à la maladie ; il n'en est que plus important d'éviter la propagation, de prendre des mesures prophylactiques.

Les Compagnies de chemins de fer ne facilitent pas la tâche des médecins dans cette direction, et ont la prétention de faire payer à plein tarif les compartiments réservés qu'elles mettraient à la disposition des familles.

Il est évident que des mesures doivent être prises pour que les enfants coquelucheux ne continuent pas à souiller les compartiments, à y semer des germes morbides qui ne manqueront guère de lever sur d'autres enfants qui pénétreront dans ces voitures non désinfectées.

Au vu d'un certificat médical légalisé attestant que des enfants sont coquelucheux, les Compagnies devraient être tenues de mettre à la disposition des familles des compartiments réservés spéciaux. Je propose que l'on recouvre les coussins et les tapis de housses en tissu souple et imperméable, faciles à désinfecter à l'étuve et à laver, d'enlever les rideaux et de laver les portières au sublimé lorsque les coquelucheux auront quitté le compartiment.

On peut choisir un autre dispositif pour l'isolement ; mais qu'on fasse quelque chose, qu'on ne reste pas dans le *statu quo*.

Il est certain qu'il serait utile de prendre également des mesures pour l'isolement des autres maladies contagieuses ; mais je réclame cet isolement d'abord pour les enfants coqueluchеux parce que nous sommes obligés de les faire voyager et parce que cette maladie est très malpropre et se traduit par une expectoration très abondante, qui risque d'être projetée partout.

Ueber die kunstliche Sauglingsernœhrung mit sterilisierter kuhmilch (1). — (*A propos de l'allaitement artificiel des nourrissons au moyen du lait de vache stérilisé*). — M. A. SAUSAJLOW. — D'après les expériences de l'auteur l'action des hautes températures fait subir au lait quelques modifications. La teneur pour cent en *sucre* diminue ; une partie se caramélise ; ce fait d'ailleurs n'a pas grande importance puisqu'on peut y remédier par l'addition de sucre, et que les enfants tolèrent très bien le caramel.

Au point de vue pratique, il faut retenir des conclusions de l'auteur celles qui concernent l'*allaitement mixte*, au sein et au lait stérilisé. *Chez les enfants qui prennent le sein* de leur mère, le lait de vache stérilisé est beauconp mieux supporté que chez ceux qui ne prennent exclusivement que du lait de vache, et en particulier quand on commence l'allaitement artificiel après que la mère a nourri elle-même son enfant, pendant les cinq ou six premières semaines.

(1) *Gazeta Botkina*, 1900, no 17-20.

L'auteur signale les vomissements et la diarrhée dans le cours de l'allaitement artificiel, et il dit que chez les nouveau-nés le lait stérilisé est mal supporté si on n'y ajoute pas du suc gastrique artificiel.

Enfin il signale à un autre point de vue les heureux résultats qu'on obtient avec le lait stérilisé, dans certaines dyspepsies gastro-intestinales graves.

H. BARBIER.

Le traitement des adénites tuberculeuses (1). — CALOT. — Je ne me lasserai pas de répéter qu'il ne faut extirper les adénites tuberculeuses que si les autres moyens ont échoué. Les cas d'extirpation ne sont donc que le rebut des autres méthodes.

Dans la clientèle, les indications opératoires sont exceptionnelles. Je m'associe pleinement à ces paroles de notre rapporteur, en regrettant de voir cette déclaration si nette, mais si brève, perdue dans les longs développements qu'il donne à la technique de l'extirpation.

Je n'ai jamais dit autre chose ; et je n'en demande pas d'avantage.

Je ne fais l'extirpation que si les autres moyens ont échoué, et je ne la fais jamais qu'à regret, estimant que, dans cette manifestation comme dans toutes les autres localisations de la tuberculose externe, l'avenir est à la chirurgie conservatrice et non pas à la chirurgie opératoire.

En présence d'une tuberculose externe, le chirurgien assure le repos et un bon traitement général au malade ; si, en outre on peut le faire vivre au bord de la mer, l'on voit, après un temps plus ou moins long le foyer disparaître par résolution : c'est la guérison spontanée, le chirurgien se bornant à faire un traitement orthopédique, lorsqu'il s'agit de tuberculoses des os ou des articulations.

Le foyer tuberculeux, lorsqu'il ne se termine pas ainsi, aboutit au ramollissement.

Alors le chirurgien intervient, non pour extirper la lésion, mais pour traiter cette poche par des ponctions et des injections modificatrices ; et la guérison est obtenue ainsi par les chirurgiens ayant l'habitude de la méthode, plus parfaitement que par une opération sanglante. Elle se fait sans mutilation.

Pourquoi les chirurgiens, qui acceptent ces principes thérapeutiques en présence de toutes les autres tuberculoses externes, les méconnaissent-ils lorsqu'il s'agit de tuberculose des ganglions du cou ?

La chirurgie conservatrice a, depuis 15 ans, détrôné partout ailleurs la chirurgie interventionniste Celle-ci ne saurait trouver ici des guérisons plus complètes, plus durables que partout ailleurs,

(1) Congrès de chirurgie de Paris, 21-26 octobre 1901.

ni de moindres mutilations, car elle laisse des cicatrices disgracieuses, stigmates indélébiles de la scrofule.

Il faut s'en passer, aussi souvent qu'on le peut considérer qu'on le peut, et ne la considérer que comme un pis-aller.

On sait dès maintenant guérir sans extirpation, dans tous les cas d'adénites ramollies, en les traitant par des ponctions et des injections modificatrices.

Dans le cas d'adénites dures, on n'a pas davantage le droit d'opérer immédiatement, car elles ont de très grandes chances de se résorber spontanément ; et l'on y aide par un traitement général et le séjour prolongé au bord de la mer.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels, suivant l'aveu de notre rapporteur, où, malgré tout, malgré ce très long temps attendu, une ou plusieurs années, comme l'on fait pour une coxalgie, et il n'y a aucun inconvénient à attendre, soit au bord de la mer, soit même ailleurs ; ce n'est que dans ces cas exceptionnels où l'adénite ne se ramollit ni ne se résorbe, où elle ne bouge plus, que l'on a le droit d'intervenir.

On essaiera d'abord de provoquer artificiellement soit la résolution, soit le ramollissement de l'adénite par une méthode capable de sauvegarder l'intégrité de la peau, c'est-à-dire par des injections intra-ganglionnaires.

Résolution ou ramollissement ont été souvent obtenus par des injections. On saura mieux l'obtenir encore, lorsqu'on aura perfectionné davantage cette méthode.

C'est dans ce sens qu'il faut travailler selon moi, bien plutôt que dans les sens d'une modification de la technique de l'extirpation.

Celle-ci deviendra de plus en plus exceptionnelle.

Les adénites, comme toutes les autres tuberculose externes, seront guéries par les seules ressources de la chirurgie conservatrice, pour le plus grand bénéfice des malades.

Sur le traitement chirurgical de la paralysie infantile (1). — CALOT (de Berck). — Le chirurchien et l'orthopédiste revendiquent chacun de son côté le traitement de la paralysie infantile.

Le chirurgien veut arriver à supprimer pour ces maladies l'usage de tout appareil, et l'orthopédiste, pour ces mêmes maladies, proscrit toute opération chirurgicale, pour s'en tenir aux seuls appareils !

Ecoutez-les séparément : l'un et l'autre paraissent avoir raison.

La paralysie infantile frappe les os ou les articulations ou les muscles : les os, pour amener le raccourcissement des membres ; les articulations, pour donner des jointures ballantes ; les muscles, pour les anéantir en totalité ou en partie : lésions des os,

(1) Congrès français de chirurgie, 21-26 octobre 1901.

des jointures et des muscles qui entraînent à leur suite des déviations. Le chirurgien corrige ces déviations en supprimant avec le bistouri et la scie tous les obstacles.

Il corrige le raccourcissement du membre inférieur par une arthrodèse du pied en extension ou l'opération de Wladimirow Mikulicz.

Il sonde par l'arthrodèse les articulations ballantes; il fait contre la lésion des muscles leur anastomose avec des allongements ou raccourcissements tendineux.

L'orthopédiste corrige les déviations avec des appareils articulés à vis réglables.

Il corrige le raccourcissement, avec des chaussures appropriées, la laxité des articulations par des appareils rigides ou articulés pouvant être fixés pendant la marche et rendus mobiles pour la position assise à l'aide d'un verrou.

Ils remplacent les muscles paralysés par des muscles artificiels, ressorts métalliques ou en caoutchouc.

De ces deux méthodes, quelle est la meilleure ? Il ne faut pas préférer (comme c'est notre tendance actuelle) celle avec laquelle nous sommes le plus familiers, pour cette seule raison que nous la connaissons mieux, mais celle qui donne les meilleurs résultats. Voici mon sentiment à ce sujet. Pour lutter contre les raccourcissements du membre, une chaussure bien faite, avec moulage du pied pris dans des conditions spéciales, rend la marche plus facile et meilleure que l'opération de Mikulicz, de l'aveu d'un grand opérateur, Ollier, lui-même, et l'on évite ainsi (l'avantage n'est point négligeable) une opération sanglante.

L'arthrodèse a donné beaucoup de mécomptes et ne doit plus guère être faite qu'au genou et dans quelques cas, au cou-de-pied pour les enfants de l'hôpital. Chez les enfants de la ville, les appareils sont toujours préférables, si ce n'est peut-être au genou. C'est tantôt un appareil rigide, tantôt et mieux un appareil articulé avec un verrou, qui fixe la jointure pour la marche et lui rend sa mobilité pour la position assise.

Pour les lésions des muscles, les anastomoses musculaires sont très en honneur à l'heure actuelle ; mais je crois avec Kirmisson que, bien que cette intervention soit très séduisante, il faut être très réservé sur son avenir, tandis que la méthode essentiellement française du remplacement des muscles perdus par les muscles artificiels en caoutchouc a fait ses preuves pour les mêmes cas.

Quant à la correction des déviations, déjà produites par la paralysie infantile, la chirurgie les corrige d'un coup, parfaitement, par des procédés d'une bénignité assurée ; et ces redressements immédiats doivent être préférés aux lents et parfois incomplets redressements que donnent les appareils.

C'est seulement après avoir obtenu d'un coup le redressement qu'on appliquera les appareils.

En résumé, pas d'exclusivime. Ce n'est pas trop d'avoir à sa disposition les ressources réunies de la chirurgie et de l'orthopédie pour combattre une maladie aussi lamentable que la paralysie infantile.

Au lieu de condamner d'avance les appareils, sous prétexte qu'ils sont lourds et compliqués, le chirurgien devrait apprendre à s'en servir et s'attacher à en perfectionner le mécanisme.

Les appareils en celluloïd, que j'ai fait fabriquer le premier en France, sont très légers et sont bien tolérés ; on peut les fabriquer n'importe où, à plus forte raison dans les grands centres, où se trouvent généralement les chirurgiens qui traitent la paralysie infantile par des opérations sanglantes.

A part les enfants de l'hôpital, chez qui l'on croit, par une opération, pouvoir arriver à se passer d'appareils, ce qui est loin d'être la règle, on peut dire d'une manière générale que la plus grande partie des paralysies infantiles sont du domaine de l'orthopédie, combinée suivant les cas avec quelques bégnines interventions chirurgicales : ce qui veut dire que ce traitement, pour donner le maximum des résultats, devrait être conduit du commencement à la fin par un véritable chirurgien, et non par un bandagiste.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE PARIS

De l'isolement des maladies contagieuses dans les voyages en chemin de fer. — M. Netter apporte, au nom de la Commission spécialement nommée à cet effet, un rapport sur la proposition de M. Variot concernant l'isolement des coquelucheux pendant leurs voyages en chemin de fer.

En pratique, lorsque des malades atteints de maladies contagieuses désirent voyager, rien n'est fait pour mettre à l'abri de la contagion les autres voyageurs. Un médecin, qui partait pour la Bretagne avec trois enfants atteints de coqueluche, dans l'idée louable de ne pas exposer d'autres voyageurs à la contagion, a demandé à la Compagnie de l'Ouest de mettre à sa disposition un compartiment réservé ; la Compagnie lui a répondu qu'elle ne pouvait le faire que s'il acquittait le prix du compartiment entier.

Depuis 1875, la loi anglaise reconnaît coupable et condamne à une forte amende toute personne qui, atteinte de maladie contagieuse, s'expose, dans un endroit public, à transmettre la maladie à d'autres personnes, ou monte dans un véhicule public sans avoir préalablement averti le conducteur de son état. Elle condamne de même le conducteur ou le propriétaire de véhicules publics qui, transportant des contagieux, n'auraient pas pris les précautions nécessaires pour éviter la transmission du mal et n'auraient pas désinfecté le véhicule à l'arrivée.

En Allemagne, il est interdit aux malades contagieux de voyager autrement que dans un local spécial ; des compartiments spéciaux sont affectés au transport de la rougeole, de la coqueluche, etc. ; des wagons spéciaux sont affectés à la lèpre, à la variole ; le transport des pestiférés, des cholériques, etc., est interdit.

M. Netter propose les conclusions suivantes :

1° Il convient d'interdire aux enfants atteints de maladies contagieuses l'accès des compartiments fréquentés par d'autres sujets.

2° On devra mettre des compartiments spéciaux à la disposition des enfants contagieux et de ceux qui les accompagnent. Ces compartiments devront être demandés à l'avance par les familles, et ces demandes devront être accompagnées d'un certificat médical.

3° Les compartiments qui auront servi au transport des malades porteront, en caractères très visibles, la mention « à désinfecter », et la désinfection aura lieu aussitôt après l'arrivée à destination.

4° A défaut de compartiments spéciaux, un compartiment ordinaire, muni de housses facilement désinfectables, sera affecté au transport des contagieux. Il y aurait avantage à la construction de wagons spéciaux dont la désinfection serait plus commode, plus sûre et plus économique.

5° L'isolement des enfants contagieux étant incontestablement moins utile pour eux-mêmes que pour l'ensemble des voyageurs, il paraît équitable de ne pas faire payer, pour l'usage des compartiments réservés aux malades, plus que le prix des places habituel.

La Société vote ces conclusions à l'unanimité et les fera transmettre aux ministres compétents.

Hémoglobinurie toxique à la suite d'ingestion d'antipyrine. — MM. Simon et Mahéu. — Une petite fille, atteinte de chorée assez intense, fut traitée, dans le service de M. Guinon ; par l'antipyrine à haute dose. Elle en prit 9 grammes en quatre jours. Au bout de ce temps, les urines devinrent de couleur rouge et albumineuses ; l'examen microscopique n'y révéla pas la présence de globules rouges, mais le spectroscope montra les raies de l'hémoglobine. Un peu de sang fut pris au bout du doigt pour étudier le sérum après formation du caillot ; le sérum était rouge, contenant de l'hémoglobine en solution, et cette hémoglobinhémie persista après la disparition de l'hémoglobinurie.

Tant que l'hémoglobine passa dans l'urine, on y trouva, en même temps, des pigments biliaires, issus vraisemblablement de la transformation d'une partie de l'hémoglobine.

Nous avons étudié, également, le sérum d'une autre choréique soumise à des doses encore plus élevées d'antipyrine. Il y avait de l'hémoglobine dissoute dans le sérum, bien qu'il n'y ait pas eu trace d'hémoglobinurie.

M. **Variot** trouve cette hémoglobinurie comparable à celle que l'on peut observer à la suite d'administration du chlorate de potasse ; il en a vu un cas chez un enfant de six ans qui avait pris, pendant deux jours, 2 ou 3 grammes de chlorate de potasse.

Duplicité acquise de la luette. — M. Roy présente une petite malade du service de M. Variot, dont la luette a été sectionnée longitudinalement par une ulcération qui a progressé de la base de la luette vers l'extrémité, faisant d'abord une boutonnière dans la luette, puis la sectionnant complètement. Si l'on n'avait pas assisté au point de départ du processus, on croirait à une duplicité congénitale de la luette.

Prothèse nasale par injection de vaseline. — MM. H. Leroux et Besson montrent des photographies d'une petite malade qui présentait un effondrement du nez à la suite de nécrose syphilitique des os propres et de la cloison. Une injection de 1 cc. de vaseline a été faite sous la peau du nez ; une seconde quinze jours après. Il n'y a eu d'autre réaction qu'un peu d'œdème qui a duré trente six heures. Le nez a repris sa forme normale.

Paraplégie hystérique. — M. Simon relate l'observation d'un enfant du service de M. Guinon qui a été atteint de paraplégie flasque avec participation des sphincters et troubles de la sensibilité à la douleur et au froid, à localisation segmentaire. La guérison rapide a confirmé la nature hystérique du mal.

Péritonite à pneumocoques. — M. Mauclaire relate l'observation d'une péritonite à pneumocoques qui, par certains symptômes, a simulé une péritonite d'origine appendiculaire.

BIBLIOGRAPHIE

O. Lange (Braunschweig). — **Anatomie du muscle ciliaire chez les nouveau-nés.** — *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Jan.* 1901. — Iwanoff, à la suite de ses recherches anatomiques sur des yeux d'hommes adultes, avait attribué le défaut de développement de la portion annulaire du muscle ciliaire, chez les myopes, à une sorte d'atrophie par défaut d'usage; et, par contre, ce développement exagéré de ce muscle par rapport aux faisceaux longitudinaux, chez les hypermétropes, à l'hypertrophie fonctionnelle. Or, dans l'examen hystologique de 36 yeux de nouveau-nés, Lange a pu constater déjà des différences individuelles remarquables, quant à la constitution du muscle ciliaire.

Le plus souvent, la partie annulaire et la partie longitudinale de ce muscle présentaient un même degré de développement, mais parfois l'une ou l'autre étaient plus ou moins prédominantes.

LANGE conclut que ce n'est pas l'hypermétropie la cause d'une hypertrophie du muscle annulaire, forcé a un surcroît de travail par les exigences de l'accommodation, chez les adultes (IWANOFF), mais que l'œil reste hypermétrope. quand le muscle annulaire est bien développé dès le jeune âge, parce que, grâce à cela, se trouve évitée toute traction sur la choroïde capable de provoquer l'ectasie du pôle postérieur de l'œil et la myopie, par les contractions exagérées de la portion longitudinale du muscle ciliaire pendant les efforts accommodatifs. L'œil d'un adulte myope montre un muscle composé presque exclusivement de fibres longitudinales, non pas parce que les fibres circulaires se seront atrophiées par défaut d'usage, mais parce que, dès le jeune âge, cet œil possédait un muscle ciliaire ainsi constitué, capable de provoquer la myopie par ses tractions sur les membranes profondes de l'œil. De cette façon, il serait facile d'expliquer les cas de myopie chez des sujets n'ayant jamais abusé de leur vue (myopie des paysans, etc.), de même que les cas d'anisométropie avec myopie monoculaire.

(*Pour ces derniers cas, il y aurait beaucoup à dire; car la myopie monoculaire, ou l'anisométropie avec myopie beaucoup plus forte d'un œil que de l'autre, relève, suivant nous, des dystrophies oculaires, presque toujours en rapport avec diathèse, hérédo-syphilis en première ligne. Les processus pathologiques, ou simplement dystrophiques — la délimitation entre les deux sortes n'est pas toujours facile — qui intéressent l'œil pendant la vie fœtale ou la première enfance, atteignent parfois un œil seulement, ou un œil beaucoup plus que le congénère; et l'œil le seul, ou le plus fortement atteint, est celui qui présentera plus tard, à lui seul ou à un degré plus avancé que son congénère, la myopie symptomatique de la dystrophie des membranes oculaires. Cette myopie est accompagnée de lésions ophtalmoscopiques particulières, la plupart rentrant dans le cadre de celles que nous avons appelées « stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires »*).

A. ANTONELLI.

Etude sur la tuberculose infantile (1). — Dr LOUIS-PIERRE CLAUS. — Dans cette étude inspirée par le professeur HAUSHALTER, l'auteur commence par rappeler, dans une première partie, les idées anciennes et récentes sur l'hérédité et la contagion de la tuberculose, et il appuie les différentes théories émises par de nouveaux chiffres personnels.

Dans une seconde partie, divisée en deux chapitres principaux,

(1) Thèse de Nancy, 1901.

traitant l'un de la tuberculose localisée, au poumon, à la plèvre, aux ganglions trachéo-bronchiques, l'autre, de la tuberculose généralisée, il a groupé ses observations et cherché à refaire avec elles l'histoire de la tuberculose infantile dans ses grands traits signalant toutefois les quelques particularités cliniques qu'ont pu présenter ses petits tuberculeux.

Dans une troisième partie, il nous parle de ses cas de tuberculose et infection secondaire associées. Enfin, dans une quatrième, à dessein écourtée, car, tous les jours, elle est traitée par des maîtres, soit à l'Académie de Médecine, soit dans des congrès spéciaux, il nous montre, par quelques exemples, que la tuberculose est curable et qu'il n'est pas de maladie plus facile à éviter.

Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail très documenté de faits rigoureusement contrôlés et dont la plupart ont déjà été publiés :

1° Autrefois considérée comme héréditaire, la tuberculose est aujourd'hui considérée surtout comme maladie contagieuse. A part quelques cas de tuberculose congénitale où l' « hérédité de graine » est certaine, dans la plupart des autres il n'y a qu' « hérédité de terrain », ou hérédo-prédisposition.

Le mauvais état général des parents, en particulier l'alcoolisme, en exposant l'individu lui-même à la réception plus facile de la tuberculose, et en abâtardissant la race, est une cause fréquente de cette hérédo-prédisposition des enfants à la tuberculose.

2° La tuberculose infantile est surtout une tuberculose d'inhalation. C'est par la voie aérienne que se fait la contagion : la grande fréquence de l'adénopathie trachéo-bronchique en est la preuve. Elle est, le plus souvent, familiale, car dans les ménages où a été relevée l'hérédité tuberculeuse, la mortalité infantile est plus grande que chez ceux où nous ne l'avons pas relevée.

3° La fréquence de la tuberculose chez l'enfant est extrême. 12 pour cent des enfants passés au service du pavillon Virginie Mauvais, c'est-à-dire 12 pour cent des enfants de la classe pauvre, à Nancy, sont entachés de tuberculose.

4° Jusqu'à six mois elle est rare ; à partir de cette époque, elle augmente, et cela parce que plus l'enfant grandit, plus il est exposé à la contagion.

5° Elle tue plus du quart des enfants de 0 à 12 ans morts à l'hôpital de Nancy, frappant surtout ceux âgés de deux à quatre ans, époque à laquelle elle est deux fois plus meurtrière pour eux que la gastro-entérite et la broncho-pneumonie, qui sévissent surtout sur les bébés de 1 à 2 ans.

6° La tuberculose présente dans son évolution, chez l'enfant, des particularités cliniques et anatomiques. La généralisation et la marche rapide des lésions sont la règle, la tuberculose localisée chronique l'exception.

Les formes chroniques localisées au poumon, à la plèvre, appar-

tiennent aux enfants déjà âgés. Leur évolution est semblable à celle de la tuberculose chez l'adulte ; souvent torpide, quelquefois latente, les signes locaux de percussion et d'auscultation peuvent manquer, alors que seuls existent des signes généraux d'inappétence, de fièvre, d'amaigrissement. La guérison est possible dans de bonnes conditions hygiéniques.

Les formes généralisées chroniques se rencontrent à tout âge, mais c'est surtout aux plus jeunes enfants qu'appartient la tuberculose diffuse apyrétique de MARFAN, le plus souvent mortelle.

Les tuberculoses pulmonaires localisées aiguës et subaiguës, la pneumonie et la broncho-pneumonie tuberculeuse, contrairement à ce que leur dénomination pourrait laisser croire, n'offrent que très rarement des lésions bien localisées aux poumons ; le plus souvent coexistent des lésions tuberculeuses extra-pulmonaires moins importantes, il est vrai, et habituellement silencieuses. En réalité, il y a généralisation tuberculeuse tout au moins terminale.

Aux formes généralisées aiguës répond surtout la granulie dont la méningite n'est qu'une modalité. Le plus souvent il y a granulie des organes thoraco-abdominaux et des méninges ; plus rarement les méninges ne sont pas lésées ; plus rarement encore elles paraissent seules lésées. Mais, dans tous les cas, la granulie n'est jamais primitive ; toujours elle est secondaire à un ancien foyer tuberculeux siégeant, d'après nos recherches, près de 95 fois pour cent dans les ganglions trachéo-bronchiques, et 5 fois pour cent, soit dans le poumon ou en tout autre ancien foyer.

La granulie n'évolue souvent que sous l'influence de certaines causes efficientes dont les maladies infectieuses sont les plus fréquentes. La rougeole, la broncho-pneumonie ont été à juste titre considérées comme les maladies « tuberculisantes » par excellence. C'est à tort cependant que l'on a cru la fièvre typhoïde antagoniste de la tuberculose.

La tuberculose généralisée aiguë ou subaiguë, dans toutes ses formes, appartient à la seconde enfance et sévit entre 2 et 6 ans. Elle est le plus souvent mortelle en cas de pneumonie et de broncho-pneumonie ; elle l'est fatalement en cas de miliaire aiguë et de méningite.

7° La tuberculose, dans ses formes chroniques, est curable ; elle l'est d'autant plus chez l'enfant qu'il n'a aucun souci de la vie matérielle et morale. Un bon traitement diététo-hygiénique peut guérir le petit tuberculeux. La tuberculose est surtout evitable. Or, si c'est au sein de sa famille, près de son père ou de sa mère phtisique, que l'enfant tend surtout à se contagionner, il faut avant tout l'isoler. Telle est l'idée fondamentale de « l'Œuvre des Enfants tuberculeux », qui journellement agrandit ses hôpitaux-asiles, ses colonies sanitaires où aujourd'hui sont recueillis plus de cinq cents enfants d'indigents tuberculeux.

REVUE DES SPÉCIALITÉS

LA CODÉINE CHEZ LES ENFANTS

La codéine est un alcaloïde tiré de l'opium par Robiquet en 1833. Il résulte des travaux de Barbier, Cl. Bernard, Laborde qu'elle a une action somnifère beaucoup moins lourde et moins profonde que celle de la morphine. D'après Barbier, le sommeil par la codéine ne s'accompagne ni de pesanteur de tête, ni d'engourdissement, ni d'hébétude. Cl. Bernard a remarqué que, si l'on injecte sous la peau de deux chiens, chez l'un 5 à 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, chez l'autre une égale quantité de chlorhydrate de codéine, ces animaux dorment tranquilles pendant trois quarts d'heure environ, mais qu'ils offrent au réveil le contraste le plus frappant. Le chien codéiné présente ses allures habituelles, tandis que le chien morphiné a la démarche d'une hyène, l'œil effaré ; il ne reconnaît personne, et ce n'est qu'au bout de 24 heures qu'il reprend son humeur ordinaire. Toutes ces observations tendaient à démontrer que la codéine avait sa personnalité propre, et que ses effets, tout en étant calmants et hypnotiques, n'avaient pas le désavantage d'émousser pour trop longtemps la sensibilité, ni de provoquer la perte d'appétit, les nausées, les vomissements si communs à la suite de l'emploi des opiacés.

Il était indiqué d'utiliser ces propriétés de la codéine et d'en faire un médicament calmant, résolutif et hypnotique à l'usage des enfants, et surtout des enfants en bas âge. C'est à M. Berthé que revient l'honneur de l'avoir compris, et c'est dans ce but qu'il a créé le *Sirop* et *la Pâte Berthé à la codéine pure*, qui permettent d'utiliser dans la thérapeutique infantile sans aucune crainte, les propriétés si remarquables de la codéine.

Comme *calmant*, le Sirop de Berthé s'emploie dans les souffrances indéterminées, telles que : agitation, cris, excitation nerveuse, convulsions, coliques.

Comme *résolutifs*, le Sirop et la Pâte Berthé sont prescrits dans les rhumes, maux de gorge, grippes, coqueluche, toux. Comme *hypnotique*, dans l'insomnie, quelle qu'en soit la cause.

Mode d'emploi et doses. — Le *Sirop et la Pâte Berthé* sont dosés de façon à pouvoir être utilisés à tout âge. Mais au-dessous de 3 ans, le Sirop Berthé ne s'emploie pas pur ; on en mélange une cuillerée à café avec deux cuillerées à soupe d'eau ordinaire sucrée ou non. Cette potion se prend par cuillerée à café, et on en donne par 24 heures autant que l'enfant a de fois 4 mois.

De 3 à 14 ans, on donne de 1 à 6 cuillerées à café de sirop, suivant l'âge ou les indications, de 3 à 8 morceaux de pâte.

Dr Teissier.

ANNALES

DE

MÉDECINE ET CHIRURGIE

INFANTILES

CLINIQUE

Hôpital des Enfants malades.— Conférence de M. le Dr Variot.

L'ATROPHIE INFANTILE ET SON TRAITEMENT (1).

MESSIEURS,

Je vais vous parler aujourd'hui d'un sujet fort important en pédiatrie, d'un état morbide très fréquent que nous traitons, surtout depuis ces derniers années, avec grand succès : il s'agit de l'*atrophie infantile*. Ce terme d'*atrophie* infantile, vous ne le trouverez pas dans les ouvrages français. Tandis que JACOBY, HÉNOCH, WEST, BAGINSKY, FILATOW et tous les pédiatres étrangers l'ont employé et l'emploient couramment, les classiques français ont, depuis le remarquable travail de PARROT, adopté le terme d'*athrepsie*. Je voudrais vous montrer que les deux mots ne sont nullement équivalents.

Qu'est-ce donc qu'un atrophique ? C'est un enfant retardé dans son développement, un enfant qui, né avec un poids normal, ne pèse pas le poids d'un nourrisson de son âge. Des atrophiques, vous en avez tous vus en grand nombre dans nos hôpitaux d'enfants ; mais c'est surtout dans les Gouttes de lait, dans les Consultations pour nourrissons, dont ils constituent la clientèle principale, que vous pourrez les suivre et noter leurs progrès sous l'influence du traitement approprié. Le diagnostic, vous le ferez surtout par la balance ; c'est elle qui vous permettra d'établir un rapport entre le poids normal et le poids de l'atrophique, et c'est elle encore qui vous permettra de suivre ses étapes vers le retour au poids normal. Vous allez voir, par l'observation de l'enfant que voici, la force et la précision que nous donne l'usage régulier de la balance pour surveiller l'allaitement artificiel.

Cet enfant nous fut apporté, en août 1900, à la Consultation de nourrissons du dispensaire de Belleville ; il avait onze mois et ne pesait que 4 kilogr. 150. Réfléchissez un peu à ce poids de 8 livres, poids que pas mal d'enfants pèsent dès leur naissance, ces mêmes

(1) Conférence recueillie par M. PIERRE ROY, interne du service, et revue par le professeur.

enfants qui à onze mois pèseront environ 9 kilogr. ; songez qu'il s'agit là d'une atrophie intense, qu'on pourrait étiqueter numériquement atrophie de 1 1/2, et vous comprendrez alors la satisfaction réelle que j'éprouve à vous présenter aujourd'hui cet enfant âgé de 2 ans et en assez bon état. Sans doute il n'est pas très beau, ni très grand ; à 2 ans, il ne pèse que 8 kilogr. 170, et je ne vous le montre pas comme un type de ce qu'on appelle un beau bébé. Tout de même il vit, il vivra ; il a commencé de marcher, il a 14 dents, il prononce quelques mots; bien qu'atrophique, il n'est pas rachitique, et je crois pouvoir affirmer que, sans le lait stérilisé, cet enfant n'aurait pu s'élever. En effet, jusqu'à onze mois cet enfant avait été nourri avec du lait de crémerie et n'avait pour ainsi dire jamais cessé d'avoir la diarrhée, qui l'avait amené à cet état d'atrophie considérable. Il y a seulement une douzaine d'années, qu'aurait conseillé, messieurs, le médecin consulté au sujet de cet enfant? La mère ne pouvait donner le sein n'avait plus de lait depuis longtemps ; d'autre part, sa situation sociale l'empêchait évidemment de donner à son fils le sein d'une coûteuse nourrice sur lieu ; tout au plus aurait-elle pu le confier à une nourrice en province. Mais vous savez tous les dangers que courent les jeunes enfants, même bien portants, qu'on sépare de leurs mères, malgré l'excellente, mais insuffisante protection de la loi Roussel ; et je doute que notre frêle et chétif petit malade eût pu trouver dans quelque campagne les soins et surtout l'indispensable et fréquente surveillance médicale réclamés par son état. C'est pourquoi, maintenant que nous savons manier le lait stérilisé, nous engageons les mères à garder leurs enfants. L'an dernier, nous avons conseillé à celle-ci d'administrer à son enfant du bon lait ; nous avons réglementé et gradué exactement les prises de lait stérilisé, et je viens de vous dire le résultat de cette heureuse collaboration entre la mère et le médecin. J'ai là, sous les yeux, les chiffres des pesées effectuées régulièrement toutes les semaines pendant plus d'un an ; je suis sur ce carton l'accroissement progressif en poids ; j'y vois, dans la colonne des observations, les petits événements ou accidents : éruptions dentaires, une laryngite, une poussée de bronchite ; mais la diarrhée n'est pas mentionnée une seule fois ; le lait stérilisé l'a fait définitivement disparaître depuis plus d'un an.

Je ne vous montre aujourd'hui que cet atrophique, mais le cas est loin d'être isolé.

Voici, parmi beaucoup d'autres, l'observation d'un enfant que je suis depuis plus de trois ans à la Consultation de Belleville et dont la cure est encore plus instructive. Cet enfant, à sa naissance, pesait 2 kilogr. 200 grammes ; il fallut, pour l'élever pendant les deux premiers mois, recourir à la couveuse. Puis on nous l'amena, et c'est le lait stérilisé qui lui a permis, à lui aussi, à travers bien des vicissitudes, d'atteindre l'âge de 3 ans 1/2

avec un poids de 8 kilogr. 750. Vous le verrez quelque jour prochain à la Consultation et vous pourrez constater vous-mêmes que, tout atrophique qu'il demeure encore, cet enfant est en bon état et a de grandes chances d'arriver à l'âge adulte.

Il y a deux ans, j'ai déjà rapporté trois exemples d'atrophie infantile arrivée à un degré extrême, dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* (26 janvier 1899), dont deux guérirent par l'usage du lait stérilisé. La thèse D'IGNARD sur le traitement de l'atrophie infantile par le lait stérilisé (Paris, 1899) renferme un grand nombres de cas semblables recueillis à l'hôpital Trousseau et surtout à la Consultation de nourrissons de Belleville. Et je ne compte plus les enfants qui, avec une atrophie de 1/4 de 1/3, ont été élevés à cette même Consultation.

Mais celui que vous avez vu représente un type accentué d'atrophie infantile, puisqu'il s'agit d'un enfant qui, au début du traitement, pesait moitié moins que le poids normal des enfants de son âge. Et si j'ai éprouvé de la satisfaction à vous le présenter en bon état, c'est qu'en effet on compte les cas où, avec une atrophie de 1 1/2, on réussit à élever un enfant.

Néanmoins, malgré la gravité de son état, cet *atrophique* n'a jamais été un *athrepsique*. Jamais il n'a eu ce facies simiesque ou de petit vieillard, ces téguments flasques et flétris, et tout le cortège symptomatique si bien décrit par PARROT et que vous connaissez bien. C'est que jamais aussi son intestin n'a présenté les lésions graves et irréparables décrites par cet auteur. L'athrepsie ne pardonne pas, et les enfants qui en sont arrivés à ce degré de cachexie gastro-intestinale ne peuvent être sauvés.

Ainsi comprise, l'athrepsie vous apparaît comme la forme extrême, grave, fatale de l'atrophie infantile.

Au point de vue clinique, mais surtout au point de vue des causes et du traitement de l'atrophie, il y a lieu de distinguer deux formes, deux aspects du même état pathologique : l'atrophie du premier âge et l'atrophie du deuxième âge, la première d'ailleurs bien plus fréquente que la seconde.

90 fois sur 100 la cause de l'atrophie du premier âge réside dans des troubles digestifs, gastro-entérites liées le plus souvent à une alimentation défectueuse : les enfants ont pris du mauvais lait, dans un biberon malpropre ou à tube. Et, à ce propos, la question se pose de savoir si parmi nos atrophiques nous rencontrons des enfants au sein. Eh bien ! oui, messieurs, il y a des mères qui n'ont pas de lait. Certes vous ne me voyez pas souvent incriminer l'allaitement maternel pour expliquer les troubles gastro-intestinaux d'un nourrisson, et, quand je le fais, ce n'est qu'après avoir épuisé toutes les autres causes. Mais il est certain qu'il y a des mères qui, pleines d'une bonne volonté que nous ne rencontrons pas toujours dans notre clientèle, s'obstinent à donner le sein à des enfants qu'elles nous apportent inanitiés

Rassurez-vous, d'ailleurs ; ces enfants guérissent toujours : l'inanition ou sein de la mère ou avec du bon lait stérilisé, est infiniment moins dangereuse que la suralimentation avec du mauvais lait : donnez une bonne nourrice ou, plus simplement, donnez du bon lait stérilisé, et vous voyez l'enfant reprendre rapidement l'accroissement pondéral normal. — Bien entendu, il s'agit là de cas très rares, et l'immense majorité des atrophiques sont des enfants élevés au biberon Dans ce biberon on leur donne du lait de crémerie, du « *lait de porte cochère* », laits le plus souvent fermentés, mouillés, écrémés et sophistiqués. Vous savez aussi combien sont nombreuses les mères qui, dès les premiers mois, donnent des panades, des bouillies et autres farines que l'estomac de l'enfant est incapable de transformer et d'assimiler. Et c'est ainsi que nous voyons arriver comme atrophiques des enfants mis en garde, des enfants de crèches, des enfants rentrant de nourrice.

A côté des troubles digestifs, il faut réserver une place parmi les causes de l'atrophie du premier âge à la syphilis héréditaire, dont, d'ailleurs, l'atrophie n'est pas un signe constant. La scrofulo-tuberculose précoce peut aussi retarder l'accroissement de tout jeunes nourrissons, chez lesquels vous trouverez d'autres stigmates : abcès multiples, spina ventosa, etc.

Enfin il faut tenir grand compte du poids initial à la naissance dans l'évaluation du degré d'atrophie d'un nourrisson. Un prématuré, par exemple, restera évidemment au-dessous du poids normal, même s'il suit une courbe régulière d'accroissement progressif. On a noté aussi que des générateurs de petite taille avaient des enfants atrophiques ; mais là encore la diminution de poids se sera traduite dès la naissance.

Dans tous ces cas d'atrophie infantile du premier âge, quel traitement faut-il appliquer ? Autrefois on conseillait de prendre une nourrice. Je ne veux pas refaire après M. Brieux le procès des « Remplaçantes » ; mais, sans parler de tous les arguments moraux, hygiéniques et sociaux qui doivent faire repousser le trop fréquent emploi de la nourrice mercenaire, vous rencontrerez souvent l'obstacle pécuniaire. C'était le cas pour l'enfant de Belleville et pour tous ceux que je vous ai rappelés. A tous ces enfants nous nous sommes contentés de donner du lait stérilisé ; nous leur avons donné du lait stérilisé industriellement, sur place, dès la traite, le seul qui, dans une grande ville comme Paris, présente des garanties sérieuses ; et ce lait nous l'avons donné à la dose convenable, dans un de ces biberons gradués que je vous ai présentés dans une leçon précédente. Mais les chiffres indiquant les quantités de lait à donner suivant l'âge de l'enfant, qui sont inscrits sur ces bouteilles graduées, ne conviennent qu'à des enfants normaux. Chez les atrophiques, il ne peut y avoir de règle fixe ; il faut tâter le terrain ; donnez d'abord

une quantité très faible de lait, en tenant compte du poids autant que de l'âge de l'enfant ; si cette dose est supportée, augmentez progressivement. Rapidement aussi, et plus précocement parfois que chez l'enfant normal, vous ajouterez aux prises de lait une ration alimentaire de supplément, pour aider l'atrophique à rattraper son retard : un ou deux jaunes d'œuf, une cuillerée à café de jus de viande, plus tard quelques potages très clairs et très légers seront bien supportés, même de bonne heure.

Malgré tout, il faut bien le dire, notre atrophique ne rattrapera son retard que tardivement. M. Ignard, dans sa thèse inaugurale, et M. Battino (de Corfou), dans un mémoire spécial, sont venus à Belleville étudier avec moi les lois du développement des atrophiques soumis au traitement par le lait stérilisé. Ils ont observé ce fait habituel que les atrophiques, bien traités, présentent une courbe d'accroissement parallèle, mais inférieure à celle d'un enfant normal ; pendant très longtemps ils restent des retardés ; s'ils avaient 2 ou 3 kilogr. de retard au début du traitement, ils conservent six mois, un an après, le même écart L'enfant que je vous ai présenté, à deux ans, ne pèse que 8 kilogr. 170, ce qui est à peine le poids d'un enfant normal d'un an ; mais dans sa seconde année il a gagné 4 kilogr., et je vous souhaite d'obtenir fréquement des résultats semblables.

Dans l'atrophie du deuxième âge, nous retrouverons les mêmes causes que précédemment : l'atrophique du premier âge restera atrophique si les conditions d'alimentation et d'hygiène sociale restent mauvaises. Mais plus souvent il succombera à la persistance de ces causes, c'est-à-dire à l'athropie. Et c'est pourquoi la grande cause de l'atrophie du deuxième âge c'est la scrofulo-tuberculose avec toutes ses manifestations ganglionnaires, ostéo-articulaires, péritonéales, pulmonaires, etc. La syphilis héréditaire pourra également retarder le développement de ces enfants : c'est elle, par exemple, que nous suspectons à cause des malformations dentaires, chez ce petit garçon chlorotique couché au lit n° 42 de la salle Damaschino, et qui à 4 ans 1/2 ne pèse que 10 kilogr. 400 grammes.

Chez ces atrophiques du deuxième âge, en même temps que du poids, il faut tenir compte de la taille. Et puis il faut avoir dans l'œil, pour ainsi dire, l'aspect extérieur d'un enfant bien portant ; il faut que vous arriviez, par l'expérience, à ressentir cette impression qui me fait vous dire, à la Consultation, le jeudi : « Voilà un beau bébé ! » lorsque je vois arriver devant moi un enfant joufflu, rose, nourri au sein probablement, et dont tout l'aspect rayonnant de santé contraste tant avec l'aspect misérable de notre habituelle clientèle d'atrophiques.

Voici, par exemple, un enfant âgé de 15 mois qui est couché au n° 5 de notre salle Gillette. Il pesait il y a huit jours 5 kilogr. 800 Aujourd'hui il pèse 6 kilogr. 300. Est-ce un athrepsique ? Evi-

demment non, messieurs. Cet enfant, à son entrée, n'avait ni diarrhée, ni vomissements ; chez lui, le processus nutritif se fait régulièrement ; il digère bien, il assimile bien, et c'est ce qui lui a permis de gagner 500 grammes en une semaine avec le lait stérilisé. Je pensais également vous montrer un petit rachitique couché au nº 48 de la salle Damaschino qui, à 20 mois, ne pesait pas plus de 6 kilogr. Il est mort il y a quelques jours d'une broncho-pneumonie ; car c'est pour ces enfants dont la force vitale est abaissée que j'ai coutume de dire que le plus grand danger n'est pas dans une broncho-pneumonie ou toute autre affection intercurrente, mais bien dans leur état d'atrophie avancée. Cet enfant non plus n'était pas athrepsique. — Allez au contraire à la Crèche de cet hôpital, que j'ai eue dans mon service l'an dernier ; vous y verrez les petits vieillards dont je vous parlais tout à l'heure et qui sont les vrais athrepsiques de Parrot. A ceux-là aussi on donne à boire du lait stérilisé ; mais, comme disent les nourrices, cela passe tout droit. Ils ont en effet des lésions intestinales irréparables, ils ont des ulcérations de l'estomac et de l'intestin, ils ont du muguet de l'œsophage. C'est à tort que Parrot, dans son livre d'ailleurs si remarquable au point de vue clinique et anatomopathologique, a englobé théoriquement sous le terme d'athrepsie plusieurs états morbides qui n'ont rien de commun, tels que le muguet, le choléra infantile, le sclérème, le tétanos des nouveau-nés, etc... Aussi comprendrez-vous, j'espère, que je ne vous entretiens pas d'une simple question de vocabulaire, mais que sous ces deux termes d'*atrophie* et d'*athrepsie*, j'essaye de distinguer deux états morbides bien différents.

Aux atrophiques du deuxième âge, vous prescrirez un traitement assez semblable à celui que je vous conseillais tout à l'heure pour les nourrissons atrophiques. Et d'abord vous leur donnerez du lait. Je vous assure que du bon lait vaudra toujours bien mieux que toutes vos préparations phosphatées. Songez donc que, pour correspondre aux 4 grammes de phosphate d'un litre de lait ordinaire, il vous faudrait donner 16 cuillerées à soupe de sirop de lactophosphate de chaux du Codex.— Les jaunes d'œuf, je vous l'ai dit tout à l'heure, sont bien supportés, même de bonne heure.

Vous pouvez encore augmenter la dose de lécithine en prescrivant un peu de blanc de cervelle délayé dans du lait. Le jus de viande est également un bon stimulant de la nutrition générale. Quelques potages à la farine d'avoine ou au riz seront bien assimilés ; la farine d'avoine conviendra particulièrement aux enfants élevés au lait stérilisé qui présentent souvent une constipation assez opiniâtre. Elle sera la nourriture ordinaire d'un atrophique d'un ou deux ans, par exemple. Pour les doses, il y aura lieu de se souvenir qu'un atrophique consomme plus qu'un enfant sain du même âge.

Enfin, à côté de ces prescriptions diététiques, qui constituent la base du traitement de l'atrophie du deuxième âge, l'huile de foie de morue, à la fois aliment et médicament, peut rendre de grands services, en particulier dans les cas fréquents où l'atrophie est en rapport avec la scrofulo-tuberculose ou le rachitisme. Et c'est précisément sur cette excellente préparation, d un usage si fréquent, que je voudrais, en terminant cette leçon, vous fournir quelques renseignements utiles, qui sont le fruit d'une sorte de petite enquête que je fis avec le professeur POUCHET, il y a quelques années, à Paimpol et dans les petits ports bretons.

Vous savez que l'huile de morue est préparée par les pêcheurs eux-mêmes. Vers les mois de mars et d'avril, ils arment pour la pêche et quittent leurs ports d'atttache sur la côte bretonne pour gagner, les uns le banc de Terre-Neuve, les autres l'Islande, les côtes de Norvège et la mer du Nord. Mais la plus grande pêche se fait en Islande et à Terre-Neuve. C'est le plus souvent à l'aide de grandes lignes de fond, garnies d'appât ou boëtte (harengs, bulots, œufs de morue ou rogue, etc.) qu'on pêche la morue sur ces chaloupes. Le soir venu, les pêcheurs, au lieu de goûter un repos bien gagné par quinze ou vingt heures de travail, doivent préparer les morues. On les vide, on retire les œufs, on tranche les têtes, et le corps de la morue, lavé, salé et empilé dans des tonneaux, sera ainsi transporté en France ; c'est la morue verte ou « au vert », par opposition à la morue « sèche » obtenue dans des sécheries à terre. Une goélette peut ainsi ramener à la fin de la saison 60 à 80.000 morues, le poids respectable de chacune étant d'environ 2 à 3 kilogr.

Quant au foie, le soir même de la pêche également, il est jeté, sans préparation aucune, dans des barriques vides qui recueillent ainsi les foies de 4 ou 500 morues pêchées dans la journée. En 4 ou 5 jours la barrique est remplie ; on la ferme, on la descend dans la cale où, secouée par la mer, l'huile se fait toute seul, suivant l'expression des pêcheurs. Il s'agit là d'une sorte de fermentation sans putréfaction, qui, dans ces barriques de 200 litres, laisse environ 60 ou 80 litres d'huile, lorsqu'on a soutiré le sanguin, ou dépôt du fond, et écumé, pour ainsi dire, la surface de l'huile surnageante. Suivant l'importance de son tonnage et l'abondance de la pêche, chaque goélette peut ramener au port de 50 jusqu'à 60 de ces barriques.

Vous nous demanderez peut-être quelle est l'origine de l'huile obtenue de cette manière par la fermentation de foies de morue. C'est une question que, sur le foie de merlan, très voisin de celui de la morue, j'étudiai autrefois avec le regretté et savant histologiste PILLIET; nous y vîmes les gouttelettes graisseuses infiltrant sous forme de fines granulations les cellules du parenchyme hépatique. La question vient d'être reprise par M. Rous-

SEL, dans une bonne thèse pour le doctorat en pharmacie (1); cet auteur conclut, lui aussi, en faveur d'une infiltration graisseuse du foie, nullement pathologique, puisqu'elle s'observe tous les ans au moment de la pêche, pendant les mois d'août et de septembre, mais due bien plutôt à une accumulation physiologique de matériaux de réserve, sous l'influence des conditions favorables de nutrition et d'habitat. L'huile de foie de morue, préparée ainsi que je viens de dire, est vendue sous le nom d'huile blonde ou brune, d'huile française. On trouve aussi dans le commerce une huile blanche, dite de Norvège, à cause de son lieu d'origine; cette huile est préparée à chaud, puis décolorée. Mais il ne faudrait pas, sous prétexte de rechercher une préparation plus perfectionnée que celle, un peu primitive, de nos pêcheurs bretons, risquer d'altérer la composition et par suite les qualités thérapeutiques de ce produit. Et c'est ce qui fait que MM. GAUTIER et MOURGUES (2), dans leur remarquable travail, concluent en faveur des huiles brunes ou blondes, de nos huiles françaises. Vous pensez bien, messieurs, qu'il ne s'agit pas, en cette matière, d'un patriotisme intempestif; mais, étant donné que nous ignorons encore lequel des nombreux éléments de l'huile de morue (composés métalliques, iode, etc. — butylamine, morrhuine de GAUTIER et autres ptomaïnes et alcaloïdes; — huiles, corps gras ternaire, etc.) produit les effets de stimulation de la nutrition générale que nous observons tous les jours, il est sage de ne pas troubler cette heureuse combinaison d'éléments divers par des manipulations industrielles.

Prescrivez donc à vos atrophiques du deuxième âge l'huile de foie de morue blonde ou brune; et, si vous le pouvez, faites-la venir directement d'un port. Comme pour le vin, il vaut mieux s'adresser au pays d'origine, afin d'éviter les sophistications qui n'ont pas épargné un produit dont la consommation est aussi considérable : c'est ainsi qu'on vend parfois sous le nom d'huile de morue des huiles de phoque ou d'autres poissons qui ne lui sont nullement comparables. M. POUCHET, au cours d'une expertise à Villejuif, a constaté qu'on employait les têtes et les intestins des sardines pêchées à Douarnenez pour faire une huile de poisson vendue à des droguistes peu scrupuleux qui la mêlent ensuite aux huiles de morue.

(1) J. ROUSSEL : *La Morue et l'huile de foie de morue*, Paris, 1900.
(2) GAUTIER et MOURGUES : *Les Alcaloïdes de l'huile de foie de morue*. 1890.

LA MORTALITÉ DES ENFANTS DU Ier AGE A LILLE LES MOYENS D'Y REMÉDIER RAPIDEMENT ET PRATIQUEMENT,

Par le Dr E. AUSSET,
Professeur agrégé, chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Lille.

Pendant l'année 1900, il y a eu dans la ville de Lille 6.228 naissances et 5.422 décès. En outre, nous notons 438 enfants mort-nés. Sur ces 5.422 décès. il y en a 1.462 d'enfants au-dessous d'un an. Si nous étudions les causes de ces 1.462 décès, nous constatons avec épouvante qu'il y en a 957 qui sont notés comme dus à la gastro-entérite, maladie occasionnée par les vices de l'alimentation ; c'est-à-dire que 65.45 % des enfants au-dessous d'un an qui succombent auraient pu, *auraient dû* ne pas mourir. Et encore dans les statistiques officielles nous trouvons 160 morts par *faiblesse de constitution* ! Que ne cache pas cette appellation un peu vague ! Et puis n'y a-t-il pas parmi ces 160 enfants quelques-uns qui n'ont pu résister à cette faiblesse de constitution parce qu'ils ont été mal alimentés ? Les beaux résultats obtenus par M. Budin, chez les débiles, par une alimentation bien comprise, sont bien faits pour le faire supposer.

Quoi qu'il en soit, rien que dans la ville de Lille, nous perdons tous les ans, par *notre faute*, près de mille enfants. C'est un désastre qui n'a d'égal que les ravages causés par la tuberculose.

Et remarquons-le bien, ce n'est pas un fait spécial à l'année 1900. Toutes les années qui précèdent nous donnent des chiffres approchants et oscillant toujours autour de 900 décès ; la même proportion s'observe pour le commencement de l'année 1901, et il en sera toujours de même tant que nous ne couperons pas le mal dans sa racine, c'est-à-dire tant que nous n'éviterons pas la gastro-entérite en fournissant aux enfants une alimentation saine et hygiénique.

Et, d'autre part, tous ces chiffres *officiels* de mortalité sont encore bien au-dessous de la vérité, si nous voulons apprécier exactement les méfaits de la mauvaise alimentation dans le premier âge. En effet, il est un grand nombre d'enfants qui succombent à diverses maladies infectieuses, ordinairement bénignes, *parce qu'ils avaient perdu toute leur résistance du fait d'une mauvaise alimentation antérieure.* Que de fois n'ai-je pas vu des bébés succomber à la diphtérie, à des broncho-pneumonies, soignées pourtant avec toutes les ressources de l'art et qui auraient certainement résisté si l'infection avait évolué sur un autre terrain ! Combien souvent j'ai observé des enfants atteints de rougeole, maladie bien souvent bénigne, faire des rougeoles graves, parfois mortelles, tout simplement parce qu'ils avaient une alimentation très défectueuse

et que, de ce fait, ils étaient avant la maladie dans un mauvais état général! Or, dans les statistiques de mortalité, ces enfants sont comptés, et il ne peut en être autrement, comme ayant succombé à la rougeole, à la broncho-pneumonie ; mais, en réalité, la gastro-entérite chronique, le vice d'alimentation n'a t-il pas une grande part à revendiquer dans les causes de ce décès, et croit-on qu'il ne serait pas plus juste de dire qu'ici l'enfant a plutôt succombé du fait de son mauvais état général antérieur que par la rougeole qui, dans d'autres circonstances, aurait évolué sans incidents ? C'est un fait bien connu de tous les médecins d'enfants que les maladies infectieuses évoluent d'une façon tout à fait dissemblable chez un enfant soumis préalablement à une bonne hygiène alimentaire ou chez celui défectueusement nourri. Il est donc évident que nous devons aggraver encore le chiffre, pourtant déjà si formidable, des décès par gastro-entérite de tous les cas, malheureusement très difficiles à dénombrer, où l'infection, cause directe du décès, a été aggravée du fait d'une gastro-entérite antérieure.

La conséquence de toutes ces considérations, c'est qu'il faut défendre l'enfant contre cette épouvantable mortalité, et qu'il convient de rechercher activement par quels moyens nous pouvons lui conserver la vie.

Le temps presse, la nécessité est impérieuse, aussi importe t-il de s'adresser immédiatement aux moyens les plus *pratiques* et les plus *rapidement réalisables*, quitte à étudier en même temps, pour les exécuter ultérieurement, ceux qui permettront encore de perfectionner cette défense.

Nous pensons que la défense de l'enfant avant sa procréation, sa défense depuis la procréation jusqu'à sa naissance, ont une importance évidemment très grande. Mais pour aboutir à un résultat, il faut soulever des problèmes sociaux et économiques dont la solution n'est malheureusement pas près d'être trouvée.

Nous sommes, d'une façon générale, tout à fait d'accord avec MM. Olive et Schmitt pour les propositions qu'ils ont faites dans leur remarquable rapport (*la Défense de l'Enfant*, Congrès de Nantes 1901). Mais il faut bien l'avouer, les moyens qu'ils proposent de mettre en œuvre pour protéger les enfants *avant* leur naissance nous semblent difficiles dans leur application immédiate. Comment sélectionner les générateurs, et unir des couples privés de tares morbides ? Que peuvent les pouvoirs publics pour cette sélection ? Est-il possible, comme le demandent nos distingués confrères, de faire admettre cette sorte de certificat de santé qui deviendrait indispensable pour le mariage ? Est-ce que le simple fait de refuser ce certificat ou d'y consigner une syphilis ou une autre affection ne constituerait pas une violation flagrante du secret professionnel ? Or nous savons quel *tolle* général soulève toute atteinte portée à ce secret professionnel, au point que c'est

lui qui arrête toujours pour la déclaration obligatoire de la tuberculose. Trouvera-t-on des médecins assez indépendants, ayant, surtout, des situations leur permettant de tout braver, et qui voudront sacrifier leur intérêt légitime pour venir certifier que tel ou tel fiancé est contaminé, ou que telle jeune fille est issue de parents syphilitiques ou tuberculeux ?

Evidemment ce serait l'idéal si l'on pouvait atteindre un tel but ; mais nous craignons qu'il faille encore bien longtemps avant de transformer les idées et les préjugés de notre époque ; et si nous devons attendre cette transformation, la natalité continuera à diminuer et la mortalité infantile à croître dans des proportions effrayantes.

Oh ! certes, nous souscrivons avec empressement aux propositions de MM. Olive et Schmitt en ce qui concerne la législation sur les alcools, l'hygiène industrielle à *imposer* aux patrons. L'enseignement à l'école dès le plus bas âge sera incontestablement un des procédés les plus efficaces ; peu à peu toutes les saines notions s'imprimeront profondément dans le cerveau si malléable des enfants. En outre, il faut obtenir de l'autorité militaire que les médecins de l'armée fassent constamment aux troupes des conférences et un enseignement suivi sur le péril alcoolique, le péril vénérien et le péril tuberculeux ; que les officiers sachent surtout qu'ils prépareront ainsi à notre pays une armée bien autrement forte et bien autrement vaillante que par toutes les marches et contre-marches ; ils entretiendront les enfants que nous leur confions dans toutes ces idées déjà enseignées à l'école et ces jeunes gens, devenus des hommes, des pères de famille, seront plus tard autant de sources d'enseignement pour leurs propres enfants. Et c'est ainsi que progressivement la race sera régénérée.

Mais il est bien évident que c'est là une œuvre de très longue haleine, dont notre génération ne recueillera certes pas les fruits. Cela ne veut pas dire qu'il faille y renoncer ; nous devons travailler pour notre postérité sans nous occuper exclusivement des bénéfices *actuels* que nous aurons à en retirer.

Mais il est bien certain que le danger est pressant et que, par conséquent, à côté de ces moyens et d'autres encore dont les résultats ne peuvent se faire sentir qu'à une très longue échéance et *très lentement*, il faut nous préoccuper d'autres moyens, susceptibles ceux-là de nous donner des résultats sinon parfaits, du moins très appréciables, très pratiques, et surtout des moyens très rapidement réalisables.

Un grand nombre d'auteurs réclament une *large* assistance de la femme avant sa grossesse, pendant les couches et pendant au moins six semaines après l'accouchement. Nous ne saurions trop abonder dans leur sens, et il est incontestable qu'il faut, de toute nécessité, procurer à la femme enceinte et à l'accouchée les

moyens de se reposer suffisamment. Le fruit de la conception se ressent des fatigues de la mère, cela est aujourd'hui bien démontré ; mais nous n'allons pas jusqu'à dire avec certains que c'est là que réside le meilleur moyen de faire de la bonne puériculture. Quand une malheureuse aura été secourue pendant deux à trois mois après son accouchement, quand on lui aura assuré, même complètement, son existence matérielle, lui permettant ainsi de ne plus s'occuper que de son nourrisson, est-ce à dire que l'enfant est sauvé et que tout est fait ? Bien loin de là ; une fois ces deux à trois mois écoulés, la malheureuse devra retourner à l'usine et il lui faudra encore confier son enfant à des mains mercenaires, le mettre au biberon, ou lui donner un sein contenant un lait défectueux parce que l'alimentation de la mère est insuffisante et que les fatigues sont excessives. Alors la gastro-entérite qui aura épargné le nourrisson jusqu'à l'âge de 3 mois, le retrouvera et ne manquera pas de le frapper. Et puis, il faut bien s'en rendre compte, cette assistance de la femme enceinte et de la nouvelle accouchée soulève des problèmes économiques qui, malheureusement, ne nous paraissent pas près d'être résolus, surtout dans l'état actuel de nos finances. L'Etat seul peut prendre la charge de *toutes* les femmes susceptibles d'être ainsi assistées ; il lui faudrait pour cela disposer de nombreux millions. Où les prendre ? L'initiative privée ne peut qu'en secourir un petit nombre, parce que le sacrifice pécuniaire est très lourd et que les infortunes, très nombreuses et de toutes sortes, grèvent considérablement le budget de la charité privée ; que deviendront les autres ? Pourquoi choisir celles-ci et rejeter celles-là ? N'est-ce pas navrant de refuser l'assistance à une pauvre femme en lui donnant le prétexte, malheureusement trop réel, qu'on n'a plus rien à lui donner ? Ou bien, si l'on veut secourir un très grand nombre de femmes, comme le budget reste toujours le même, les secours donnés seront dérisoires et ne produiront qu'un très minime effet. Nous connaissons une œuvre où en *10 ans* on a distribué 25.382 francs à *2.052* femmes. Cela fait environ *12 francs* par tête. Comme, à notre avis, les efforts des plus louables des fondateurs auraient été bien plus utiles si ces 25.000 francs s'étaient répartis sur un petit nombre de mères, celles-ci en auraient sérieusement profité. De quelle utilité a pu être, au contraire, ce secours de 12 francs !!!

Incontestablement, c'est un point très important que ce repos des nouvelles mères ; mais réellement devons-nous nous attarder à rechercher les moyens de le réaliser ? Je ne le crois pas, car, comme toutes les utopies ou tout au moins comme toutes les réformes nécessitant de gros sacrifices d'argent, il faudra longtemps avant d'obtenir satisfaction de la part de l'Etat, et pendant ce temps, si nous ne faisons rien, les enfants continueront à mourir par centaines.

Il faut être *pratique* avant tout, prendre les choses et les gens

comme ils sont, et chercher à faire avec les moyens qui sont actuellement en notre pouvoir le maximum de bien à ces pauvres bébés qui ne demandent qu'à vivre. Evidemment ce ne sera pas l'idéal, ce ne sera pas la perfection (elle n'est pas de ce monde) ; mais enfin, si l'on veut bien se mettre à l'œuvre, nous pouvons *immédiatement* et *facilement* sauver la vie à des centaines d'enfants. Nous serions bien coupables de ne pas le faire, n'est-il pas vrai ? Qu'on ne vienne pas me dire que la malheureuse ouvrière qui aura travaillé jusqu'au dernier moment mettra au monde un nourrisson malade et placé dans de très mauvaises conditions pour la survie. Budin, Pinard et d'autres nous ont suffisamment montré comment, avec une hygiène sévère et une bonne alimentation, on arrivait à remonter des débiles et à en faire de solides nourrissons.

C'est donc surtout vers le bébé, aussitôt sa naissance, que nous devrons faire porter toute notre sollicitude, parce que nous trouverons de ce côté des moyens *rapides* et *pratiques* pour le secourir *efficacement*. Donnez à une mère les secours nécessaires pour se reposer pendant trois mois après son accouchement, ce sera très bien, excellent, mais après ce laps de temps, si la surveillance vous échappe, les mauvaises pratiques hygiéniques reprendront le dessus, l'enfant sera mal nourri parce que, d'autre part, la misère réapparaîtra au foyer, l'assistance ayant cessé, et la gastro-entérite retrouvera la victime qu'on avait cherché à lui arracher. Au contraire, surveillez cet enfant pendant toute sa première année et au delà, fournissez-lui une alimentation saine, réglez sévèrement son hygiène, vous le verrez grandir et pousser à merveille, sa mère eût-elle dû se remettre au travail quinze jours après son accouchement.

Voilà donc le but que nous devons surtout poursuivre maintenant : donner aux enfants l'alimentation hygiénique qui leur convient.

Allaitement maternel. — Il n'est pas un seul médecin qui ne soit d'avis que l'allaitement maternel est infiniment supérieur à l'allaitement artificiel ; cela ne souffre aucune discussion, et il n'y a même pas lieu d'établir de comparaison, tellement la supériorité est éclatante. Il est donc de toute évidence qu'on doit toujours faire ses efforts pour imposer l'allaitement maternel, *chaque fois que cela est possible*. Mais, hélas ! il faut bien le dire, vouloir dans tous les cas imposer, partout et quand même, l'allaitement maternel serait se heurter à de graves difficultés capables de faire échouer l'œuvre de bienfaisance, et, dans pas mal de cas, capables d'amener des accidents du côté de la nutrition des bébés. Nous devons en somme nous mettre à la portée des circonstances, et nous efforcer de nous placer dans les conditions où la pratique nous met tous les jours. Il ne suffit pas de déclarer que, puisque l'allaitement maternel est supérieur à tous les autres modes d'alimen-

·tation, on doit imposer cet allaitement dans tous les cas ; il faut aussi savoir discerner les cas, malheureusement trop fréquents dans les centres industriels, où la mère ne peut allaiter, ou, pour le moins, les cas où cet allaitement maternel est insuffisant.

La misère est souvent la cause la plus importante, pour ne pas dire la seule, qui met obstacle à l'allaitement maternel.

. Voici, par exemple, une fille mère. Elle n'a pour pourvoir à sa subsistance que son travail journalier. Comment allons-nous faire pour la contraindre à ne pas confier son enfant à une mercenaire et continuer à l'allaiter ?

L'Administration lui donne 15 francs par mois ; si elle est affiliée à la société la Mutualité maternelle, en touchant le maximum elle pourra obtenir 122 francs ; cela fait avec ses 15 francs mensuels de l'Administration 302 francs pour l'année. Que peut faire cette malheureuse, si elle ne travaille pas ? Quelle alimentation pourra-t-elle se procurer ? Et une nourrice qui ne s'alimente pas peut-elle continuer à nourrir un bébé ?

Si nous supposons qu'elle continue à aller à l'usine, et les ouvrières d'usine sont la grande majorité dans notre ville, que va-t-il se passer ? Très fréquemment l'usine est loin du domicile pour des raisons diverses, par exemple parce que le loyer est trop élevé dans le quartier où est l'usine. La mère part à la première heure à son travail. Elle a pu en partant donner le sein à son nourrisson. Puis elle ne reviendra qu'à midi ; dans cet intervalle il faudra confier l'enfant à une mercenaire et lui donner du lait de vache ; nous tombons alors dans le danger des pratiques hygiéniques défectueuses, et dans la nécessité où nous sommes de fournir du lait excellent aux bébés.

Mais, me dira-t-on, on pourrait installer près des usines des crèches analogues à celle de M. Thiriez à Loos, où les mères, étant à proximité de leurs enfants, pourraient aller périodiquement leur donner à téter. Ceci est possible pour l'usine de M. Thiriez où la plus grande partie de ses ouvrières habite assez près de l'usine. Mais à Lille les femmes ont souvent une demi-heure de chemin et plus avant de gagner l'endroit où elles travaillent. Il faudra donc qu'à la première heure de la journée, quand il fait encore nuit l'hiver, quand il neige, quand il pleut, quand il gèle, elles transportent un enfant de quelques mois durant un long trajet, ne pouvant évidemment s'abriter contre les intempéries, puisqu'elles portent l'enfant dans les bras ; il faudra faire ce trajet matin et soir, et même à midi s'il s'agit de femmes mariées se rendant chez elles pour l'heure du repas. Evidemment c'est très beau en théorie, mais en pratique c'est inadmissible. D'autant qu'il faudrait par trop multiplier ces crèches, vu le nombre considérable d'ateliers, et qu'en outre il faudrait des terrains disponibles pour construire ces crèches près des usines, et il n'en existe pas la plupart du temps. Et puis, il y a plus. Voilà une femme qui

gagne 2 francs par jour (beaucoup gagnent moins). Il faut qu'ell paie la femme qui gardera son enfant, elle doit acheter du lait pour faire de l'allaitement mixte. Elle doit payer son loyer, se nourrir et se vêtir. Quel problème ! Qui voudrait se charger de le résoudre ? Je sais bien qu'elle recevra quelques secours, malheureusement ils sont par trop insuffisants. Il se passera alors la chose suivante : c'est que cette femme se nourrira de café et de pain, quelquefois de pommes de terre. Et encore de tout cela elle n'en mangera pas toujours à sa faim. C'est horrible, mais c'est la vérité. Et alors quel lait voulez-vous qu'une telle malheureuse donne à son enfant? Le sein de la mère appartient à son enfant, dit-on ; c'est très bien ; c'est une maxime superbe.... en théorie, quand il s'agit de nos pauvres usinières ; mais, en pratique, que voulez-vous que fasse à l'enfant ce sein flasque et vide ou qui ne contient qu'un liquide aqueux impropre à l'alimentation ? En outre, ces femmes qui travaillent dix et douze heures par jour dans des locaux souvent peu hygiéniques, qui s'alimentent très mal, sont des organismes malades, en misère physiologique au moins aussi grande que leur misère sociale : cette débilité n'est pas faite, je le pense, pour constituer une bonne nourrice. Et alors ne serait il pas plus *pratique* de laisser donner le sein par ces femmes deux ou trois fois par jour et de leur fournir un lait sain, bien préparé, qui remplacera alors le mauvais lait ou les soupes qu'elles administrent précocement à leurs nourrissons, sentant bien elles-mêmes leurs mamelles insuffisantes ?

Oh ! je sais bien que je vais faire bondir les partisans *outranciers* de l'allaitement maternel. Mais, pardon, chers confrères ; *nul plus que moi* ne reconnaît le droit de l'enfant au sein de sa mère ; nul plus que moi ne flétrit énergiquement ces femmes du monde, ces bourgeoises, ces petites commerçantes, voire même ces ouvrières aisées qui se déchargent sans motif grave sur une mercenaire ou sur le biberon du fardeau de l'allaitement de leur enfant. Celles-là ne méritent pas d'être mères, et tous nos efforts doivent tendre à leur montrer tout l'odieux de leur conduite. Mais la face des choses est toute différente ici, nous avons des mères qui peuvent entièrement ou presque entièrement se consacrer à leurs enfants, qui ont pour elles, quelques-unes le superflu, les autres largement le nécessaire ; tandis que tout à l'heure nous avions une femme obligée de vivre à l'usine pour avoir de quoi à manger un peu, rentrant dans une mansarde obscure, humide, sale parce qu'elle n'a pas le temps de s'en occuper, vivant dans des conditions d'hygiène impossibles à décrire. Combien de fois n'ai-je pas vu à ma consultation de l'hôpital de ces malheureuses aux seins absolument vides, me conduisant, dans une matinée soustraite à regret à leur travail, un bébé famélique rongé par la gastro-entérite, auquel elles donnaient de la soupe depuis la naissance ! Quand je leur demandais pourquoi elles nourrissaient ainsi leur

enfant, la réponse était toujours la même : « Je donne du lait quand j'ai quelques sous pour en acheter. — Et vous, que mangez-vous ! — Des tartines et du café. » Quel lait ces malheureuses pouvaient-elles avoir, en admettant qu'il leur en soit resté ?

Au reste (qu'on m'excuse de la comparaison suivante vulgaire, mais traduisant bien la réalité des faits), une femme nourrice est, au point de vue de la valeur de son lait, dans les mêmes conditions qu'un animal quelconque appelée à nourrir ses petits. Or, il est de notion courante que l'alimentation influe considérablement sur le lait de ces femelles. Il y a plus, cette alimentation peut absolument transformer le lait et faire d'un mauvais lait un lait excellent ou inversement. Prenons l'exemple des chèvres. Il est encore tout à fait classique de considérer le lait de chèvre comme un lait mauvais pour l'alimentation des enfants ; on voit des auteurs de la valeur de M. Marfan écrire que « le lait de chèvre est indigeste parce qu'il renferme une proportion énorme de caséine et de de graisse » ; on incrimine aussi l'odeur répugnante. Or rien n'est plus inexactement apprécié. M. Crépin (*Bulletin de la Société nationale d'acclimatation*, 1899) a démontré, analyses en mains, que la valeur du lait de chèvre dépend de la race et surtout *de l'alimentation de ces animaux*. L'année suivante, M. Barbellion (Acad. de médec., juillet 1900 ; Congrès internal., 1900) a entrepris une série de recherches de laboratoire et de digestions artificielles qui sont venues entièrement corroborer les analyses de M. Crépin. En même temps M. Boissard (*Journal des Praticiens*, 30 mai 1900) relatait une série d'observations cliniques des plus probantes, où le lait de chèvre avait fait merveille. Enfin l'expérience clinique vient d'être définitivement consacrée par la création à Paris, sous les auspices de M. Barbellion, d'une « Goutte de lait de chèvres ». Notre confrère a installé l'établissement d'acclimatation caprine du Val-Girard, 163, rue Blomet. Grâce à une sélection de race, mais surtout à une alimentation bien choisie et bien étudiée, M. Barbellion obtient un lait absolument dépourvu de goût caprin et d'odeur hircine. Ce lait est aussi léger que celui de la femme, il ne contient que 22 à 24 grammes de caséine par litre. Quelle différence, n'est-il pas vrai, avec le lait des chèvres vulgaires et surtout de celles que l'on promène dans les rues ! Or, au point de vue de la qualité du lait, je ne saurais mieux comparer le lait de la malheureuse ouvrière d'usine qu'à ce lait de la chèvre des rues (1).

Il est donc bien évident que l'alimentation de la nourrice a une

(1) Pendant que ce mémoire était sous presse, j'ai eu l'occasion de voir en ville un enfant allaité au lait de chèvre. Il s'agissait d'une chèvre nourrie avec les plus sages précautions. L'analyse de son lait, faite par M. Decouvelaere, pharmacien, m'a montré que sa composition était très proche de celle du lait de la femme et M. Decouvelaere, ignorant la provenance du lait, avait mis en note : Lait excellent.

très grande importance et qu'il est assez difficile de compter sur le lait de malheureuses mères qui n'ont même pas de quoi se nourrir elles-mêmes et qui vivent tout le jour dans une atmosphère confinée.

Pour permettre à ces femmes de nourrir au sein leurs enfants, il faudrait leur donner le moyen de gagner chez elles de quoi pourvoir à leur subsistance. Il ne faut pas songer à leur donner en argent les sommes qui leur sont nécessaires, parce que, d'abord, il faudrait des capitaux énormes, et ensuite parce que l'on ne serait pas toujours assuré que l'argent recevrait bien l'emploi auquel on le destinait. Il faudrait donc fournir à ces femmes un travail *à domicile* leur permettant sinon de pourvoir complètement à leurs besoins, du moins de gagner suffisamment pour ne pas être une charge trop lourde pour les associations bienfaisantes ou pour l'Etat. Mais, ici, dans notre région, de *multiples* et *insurmontables* difficultés se dressent :

Les nécessités de l'existence sont telles que les parents envoient leurs enfants à l'usine dès la plus tendre adolescence ; à 12-13 ans une fillette est à la filature, de telle façon qu'elle n'apprend jamais rien de ce que doit savoir une femme pour tenir son ménage, et, cela est triste à dire, mais c'est la réalité absolue, elle arrive à être mère de famille étant incapable de diriger l'intérieur de sa maison. *Elle ne sait pas faire autre chose que son travail d'usine.* Ne lui demandez pas un travail de couture ou toute autre chose, elle est incapable de le faire, et cela se comprend, elle n'a pas appris. Alors quel travail voulez-vous lui confier pour lui permettre de gagner sa vie chez elle et de rester auprès de son enfant? Ah ! certes, ce serait parfait... si c'était possible. Mais, il faut bien en convenir, vous ne trouverez jamais de quoi à occuper ces malheureuses. Incontestablement il y a une catégorie de femmes qui pourront être ainsi assistées, et cela, je le déclare, sera bien supérieur à tout autre mode d'assistance. Ce sont les ouvrières qui travaillent à domicile ; celles-ci, il faut absolument les forcer à allaiter au sein ; *nous devons leur refuser tout secours si elles ne consentent pas à cet allaitement*, et ce n'est qu'après que nous aurons eu la preuve absolue et péremptoire qu'elles n'ont pas de lait ou que ce lait est insuffisant que nous pourrons songer à leur fournir le lait qui leur manque. Mais je m'empresse d'ajouter que vous ne pouvez ainsi toucher qu'une petite partie des enfants qu'il convient d'assister, et d'autre part vous ne toucherez pas ceux qu'il est le plus urgent de secourir, car les ouvrières *à domicile* sont généralement moins malheureuses que les ouvrières d'usine, et ce n'est pas chez leurs enfants que l'on rencontre la plus forte mortalité. Le très intéressant travail de mon distingué collègue, le docteur OUI, nous apprend, en effet (pages 8 et suivantes), que « les enfants d'ouvrières employées dans les usines présentent la mortalité la plus considérable » ; et l'auteur cite à ce propos des

chiffres très édifiants. Si donc l'on ne faisait porter l'assistance par le travail à domicile que sur ces ouvrières qui, déjà, restaient chez elles, on n'assisterait que la partie ayant le moins besoin de secours, puisque c'est la moins atteinte ; ce sont surtout celles qui travaillent hors de chez elles qu'il faut secourir ; or, à celles-là, ne comptez pas leur donner du travail à domicile, la plupart *ne sauront pas l'exécuter*.

Et puis, dans un centre comme le Nord, presque exclusivement industriel, où trouver ce travail à donner ? Quel travail donner ? Qui se chargera de le fournir ? Dans une toute petite ville où le nombre des assistées est très restreint, on trouvera toujours, serait-ce dans des centres voisins, de quoi alimenter ce travail à domicile ; dans des grandes cités comme Paris où les commerces et les industries sont aussi nombreux que variés, on trouvera aussi plus aisément des ouvrages faciles et assez rémunérateurs à distribuer aux mères. Mais ici, à Lille, j'ai beau me creuser l'esprit, je ne vois pas bien où nous trouverions un travail qui, ne l'oublions pas, doit être à la portée de toutes, même des plus inexpérimentées.

Enfin, nous avons le devoir de dire toute la vérité, fût-elle très dure à entendre et dût-elle dévoiler le côté trop égoïste de notre nature humaine. Eh bien, il est certain que, puisque nous cherchons en ce moment à remédier à l'effroyable mortalité infantile, si nous venions proposer aux industriels de leur enlever toutes leurs ouvrières pour les faire travailler à domicile, nous nous heurterions à des intérêts, d'ailleurs très légitimes, et nous nous aliénerions, pour notre œuvre, le concours de personnalités disposées à nous aider par ailleurs de toute leur puissance morale et matérielle. Il faut bien vivre avec son siècle, avec ses mœurs et ses idées, si l'on ne veut pas échouer dans toute entreprise.

— Il résulte de tout ce que nous venons de dire que si, de toute évidence, l'allaitement maternel est de beaucoup supérieur à tout autre mode d'alimentation, que si on doit s'efforcer d'en répandre et imposer l'usage dans *la plus large mesure possible*, il convient de ne pas se dissimuler qu'en pratique et dans la réalité des faits cet allaitement est très difficile chez les ouvrières de nos usines, et que, pour ces dernières, nous sommes, le plus souvent, obligés de recourir à l'allaitement mixte et même à l'allaitement artificiel complet.

Il est bien évident, d'autre part, que nous devons, dans presque tous ces cas, à moins d'impossibilité absolue, pousser à l'allaitement *mixte* ; ce mode d'alimentation est infiniment supérieur à l'allaitement *complètement* artificiel. Sauf de rares exceptions, il n'est pas de mère, tant pauvre soit-elle, qui ne puisse donner deux ou trois fois par jour le sein à son enfant ; il faut donc éviter qu'elle n'abandonne tout à fait ces tétées pour ne donner

que le lait de vache. Nous sommes dans l'obligation absolue, si nous voulons éviter la gastro-entérite, de faire stériliser le lait de vache. Or cette stérilisation *tue le lait*, qu'on nous permette cette expression; le lait est un aliment vivant qui contient des ferments solubles indispensables à une parfaite digestion; que ce soit une lacydase, comme le suppose M. Marfan, ou tout autre ferment, peu importe. Mais ce qui est certain, c'est que le lait *vivant* de la femme agit tout différemment que le lait *mort* stérilisé de la vache. Il est bien évident que nous ne pouvons songer à ne pas le stériliser à cause du péril autrement grave de la gastro-entérite. Or il suffit d'une petite quantité de lait de femme pour rendre le lait de vache beaucoup plus facilement digestible et assimilable. Il semble qu'une petite quantité de lait de femme fournit assez de ferments solubles pour faciliter la digestion du lait de vache ultérieurement donné. Bien que cette raison devrait nous suffire pour imposer l'allaitement mixte.

En outre, au point de vue moral, il importe beaucoup de laisser l'enfant attaché par ces quelques tétées au sein de la mère. Et enfin, au point de vue matériel, les secours en nature que nous aurons à distribuer en seront diminués d'autant.

Quoi qu'il en soit, toute œuvre qui s'édifiera en vue de la protection du premier âge devra s'attendre à avoir à faire une large distribution de lait à ses assistées. Or, il est absolument incontestable que la gastro-entérite et l'horrible mortalité qu'elle occasionne sont la conséquence d'une alimentation mal dirigée et surtout d'un aliment défectueux et mal préparé. Malgré la chasse qu'on lui fait, le biberon à long tube règne encore en maître, la sucette également; les soupes prématurées données par des mères ignorantes ou trop pauvres, par des soigneuses coupables, le lait de mauvaise qualité, mouillé, écrémé, donné le plus souvent à peine bouilli, ou soumis à l'ébullition très longtemps après sa traite, renfermé ensuite dans des biberons peu ou mal nettoyés, voilà ce que nous avons à combattre.

— Comment donc faudrait-il comprendre une Œuvre d'initiative privée destinée à secourir les enfants du premier âge?

Tout d'abord, nous ne lui donnerions pas le nom de « Goutte de lait »; ces œuvres excellentes, qui donnent déjà des résultats superbes, se limitent un peu trop, croyons-nous, dans la distribution de leur lait. Si, à notre avis, comme nous croyons l'avoir démontré, nous sommes le plus souvent obligés d'en passer par là et de mettre un enfant à l'allaitement mixte et même à l'allaitement *complètement* artificiel, il ne s'ensuit pas que nous devions abandonner tous les autres modes d'assistance, ceux qui consistent à secourir la femme dans les dernières semaines de sa grossesse, après son accouchement, et ceux qui se proposent de fournir à la mère le moyen de travailler chez elle pour rester auprès de son enfant. Je ne me dissimule pas que c'est là la

partie la plus difficilement réalisable d'un programme complet d'une Société protectrice du premier âge, que les bons résultats seront de ce côté *très lents* à obtenir. et qu'il faudra beaucoup d'argent et de dévouement. Mais toutes ces raisons ne sont pas suffisantes pour ne pas faire le possible dans ce sens ; ce que l'on obtiendra, tant minime sera-t-il, sera toujours autant de pris sur l'ennemi.

Je conçois donc qu'au lieu de fonder une œuvre de « La Goutte de Lait », il faudrait instituer une « Société de Protection des enfants du premier âge ». Pour son fonctionnement je ne trouverais rien de mieux que de copier l'organisation parfaite du Dispensaire antituberculeux de mon éminent collègue le professeur Calmette, et voici comment l'on pourrait opérer :

Au moment de chaque naissance, relevée soigneusement dans les bureaux de l'état civil, on imiterait la pratique de la Société fondée par notre confrère Butruille à Roubaix. On enverrait à chaque accouchée un imprimé indiquant d'une part les démarches à faire si elle veut être secourue, et d'autre part sollicitant la charité de l'accouchée, si elle est fortunée, en faveur des enfants malheureux et comme don de joyeux avènement pour son nouveau-né. Il serait fait une enquête sur toute mère demandant à être secourue ; cette enquête nous indiquerait : l'état de santé de la mère, ses moyens d'existence, sa profession, ce que gagne son mari, ce qu'elle serait capable de faire en restant auprès de son enfant. Un médecin examinerait la mère au point de vue spécial de l'allaitement maternel, et dans tous les cas nous serions ainsi très rapidement et très sûrement fixés sur le mode d'allaitement à imposer. C'est alors que pourrait intervenir, quand elle serait nécessaire, ce qui sera malheureusement très fréquent, la distribution de lait stérilisé, telle qu'on la pratique dans les Gouttes de lait de Versailles, du Havre, de Fécamp, dans le dispensaire de Belleville, du Dr Variot, etc., etc.

Ces distributions de lait sont très peu onéreuses, elles ne coûtent presque rien ; à Versailles on a même fait des bénéfices. Et cela se conçoit, car on ne donne pas le lait, on le vend : aux pauvres, on le vend à un prix moitié moindre de ce qu'ils paient leur mauvais lait dans le commerce ; aux riches on le vend le double. Il est certain que les familles fortunées de notre ville imiteraient l'exemple des familles de Versailles, de Fécamp, du Havre ; elles auraient l'assurance de trouver à l'Œuvre un lait absolument pur et parfaitement stérilisé ; elles n'hésiteraient pas à s'y fournir et à sacrifier quelques sous en faveur de cette sécurité absolue. Le Bureau de bienfaisance, qui paie son lait assez cher et qui ne peut cependant répondre d'avoir un lait parfait, préférerait certainement trouver à notre Œuvre, au même prix et même un peu plus cher, un lait dont il serait sûr quant à la qualité et à la stérilisation.

On le voit, les dépenses sont donc infimes pour la création et le fonctionnement de cette distribution de lait stérilisé.

Aussi pourrait-on réserver la plus grande part des dons charitables, des subventions communales et départementales qu'on ne pourrait nous refuser, des cotisations des membres de l'Œuvre, etc., pour distribuer des secours aux mères qui voudraient bien et *pourraient* rester à travailler chez elles et allaiter complètement au sein leur enfant, pour assister les femmes en couches, subventionner les excellentes Œuvres qui fonctionnent déjà dans notre ville, la Charité Maternelle, la Société des Crèches, la Mutualité Maternelle, et qui deviendraient ainsi nos précieuses auxiliaires et pourraient de plus en plus étendre leur champ d'action. Peut-être même, si nos concitoyens voulaient s'y atteler, serait-il possible de créer un refuge-ouvroir pour les femmes enceintes. Avec beaucoup de bonne volonté et de dévouement, avec un peu d'argent, je suis persuadé que nous arriverions progressivement à réaliser tout ce programme. *Mais comme il importe d'aller vite et de courir au plus pressé, comme il est indéniable que les enfants meurent par centaines parce qu'ils ont du mauvais lait*, il faut prendre immédiatement des mesures pour leur en distribuer du bon, et *créer immédiatement un service de distribution de lait stérilisé aux indigents*. Le reste viendra ensuite, j'en ai l'assurance absolue.

TABLE DES MATIÈRES

A

TABLE DES AUTEURS

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 12 février 1901.

Sur un cas de croup ascendant. — M. Ausset (Lille). — Une enfant de cinq ans présentant des signes de bronchopneumonie double, ayant des ganglions sus-claviculaires, fut prise d'asphyxie avec tirage qui nécessita un tubage. Une injection de sérum de Roux fut faite, quoique la gorge fût complètement libre de fausses membranes. La malade, dans une quinte de toux, rejeta son tube *avec des fausses membranes bronchiques*; retubée, elle rejeta encore avec son tube de nouvelles fausses membranes. Celles-ci contenaient du streptocoque et du bacille de Löffler. La malade guérit bien.

M. Ausset pense qu'il s'agit d'une bronchite diphtérique primitive, ayant envahi secondairement le larynx, c'est-à-dire d'un croup ascendant. Les auteurs considèrent que cette espèce de croup se voit surtout dans la diphtérie compliquant la rougeole. Dans le cas actuel, il n'y avait pas eu de rougeole, mais la *grippe a été en cause au début.*

M. Richardière répond que la diphtérie bronchique primitive est tellement rare qu'il est nécessaire d'avoir suivi l'enfant depuis longtemps pour savoir s'il n'a pas eu quelque petite fausse membrane amygdalienne ayant précédé l'invasion bronchique.

M. Barbier a observé plusieurs cas de diphtérie qui lui ont semblé développée primitivement dans les bronches. Il est certain qu'une disposition antérieure des bronches est nécessaire : c'est dans la rougeole que l'on voit ces cas ; dans la scarlatine, maladie à déterminations gutturales, c'est dans la gorge, au contraire, que frappe la diphtérie. Expérimentalement, il faut léser une muqueuse pour que le Löffler puisse y pousser. Des cas de diphtérie bronchique sont, sans doute, indûment classés comme broncho-pneumonie.

M. Variot considère aussi la diphtérie bronchique primitive comme exceptionnelle, et bien difficile à démontrer.

M. Sevestre, dans un certain nombre de cas, a vu, à la suite d'un tubage ou d'une trachéotomie, le rejet de fausses membranes bronchiques Parfois la gorge est libre, mais il est difficile de savoir s'il n'y a pas eu de fausse membrane antérieurement dans les fosses nasales. Mais au point de vue clinique il faut bien savoir qu'on peut observer le croup d'emblée sans que rien ait attiré l'attention sur les voies supérieures. C'est surtout fréquent à la suite de la rougeole.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Epilepsie (1).

1° Donner pendant longtemps, un an et plus, le polybromure de la manière suivante :

℞ Bromure de potassium.	ââ	10 grammes.
Bromure de sodium.		
Bromure d'ammonium.		
Sirop d'écorce d'oranges amères. . .		300 —

Une cuillerée à café (5 grammes du mélange, soit 50 centigrammes de polybromure) au repas de midi, pendant une semaine ;

Puis deux fois par jour pendant la deuxème semaine;

Puis trois fois par jour pendant la troisième semaine ;

Puis deux fois par jour pendant la quatrième semaine ;

Puis une fois par jour pendant la cinquième semaine.

Et recommencer ainsi de semaine en semaine, en montant et descendant cette gamme. (Ce traitement convient dans la seconde enfance. Dans l'adolescence on augmentera jusqu'à cinq ou six cuillerées à café par jour, soit 2 gr. 50 à 3 grammes.)

2° Pendant quinze jours au repas de midi, dans un peu d'eau, une à trois gouttes de liqueur de Fowler; et pendant quinze jours, quatre à cinq gouttes de teinture de mars tartarisée ou une préparation ferrugineuse analogue.

3° Tous les matins, *tub* froid après accoutumance par l'eau tiède graduellement refroidie.

4° Tous les trois mois, quand cela se peut, donner une série de douches froides, de cinq à dix secondes de durée en jet brisé, sur tout le corps, sauf la tête.

5° Aux repas, pas de vin, ni d'excitants, mais du lait ou de l'extrait de malt, très étendu d'eau. Alimentation simple et suffisante pour assurer l'entretien et le développement de l'enfant.

Suspendre tout travail intellectuel fatigant, le remplacer par des leçons de choses ; vie à la campagne, loin des spectacles bruyants ou énervants et exercice physique.

(1) J'écarte les fausses épilepsies : vermineuse, jacksonnienne, etc., pour ne considérer que le mal comitial, avec ses accidents de petit mal (vertiges), les formes larvées (incontinence d'urine, impulsion, tics, fugues) et surtout les crises de *haut mal* constituant la grande attaque, avec cri, pâleur de la face, perte de connaissance, chute, tétanisme, mouvements cloniques, stertor.

Dr E Périer.

Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, IIIe Session. — Nantes. — Septembre 1901.

La IIIe session du Congrès périodique national de *gynécologie*, d'*obstétrique* et de *pédiatrie* aura lieu cette année à Nantes et s'ouvrira le 23 septembre 1901, sous la présidence générale de M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine (section de pédiatrie), et la présidence de MM. les Drs Segond, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour la section de gynécologie, et Queirel, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien en chef de la Maternité, pour la section d'obstétrique.

Toute personne pourra se faire inscrire comme membre du Congrès, moyennant une cotisation de 20 francs (cette cotisation est réduite à 10 francs pour les étudiants en médecine).

Les membres souscripteurs auront droit à toutes les publications du Congrès, et recevront, avant l'ouverture de la session, un exemplaire imprimé de tous les rapports sur les questions mises à l'ordre du jour.

Ils auront droit de participer à toutes les réunions, fêtes, excursions organisées par le Comité local.

Les *questions qui feront l'objet d'un rapport* ont été arrêtées, comme suit, entre le secrétaire général et les présidents des sections :

Gynécologie :

1° De l'antéflexion utérine congénitale, comme cause de stérilité, et de son traitement.

Rapporteur : Dr Baudron, accoucheur des hôpitaux de Paris.

2° Des causes qui favorisent la grossesse ectopique. Rapporteur : Dr Varnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux de Paris.

3° De la dystocie par fibromes. Rapporteur : Dr Boursier, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

Obstétrique.

1° De la rupture utérine. Rapporteur : Dr Vannier.

2° De l'inversion utérine, traitement. Rapporteur : Dr Oui, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lille.

3° Du sort des prématurés. Rapporteur : M. Couvelaire, interne à la Maternité de Paris.

4° Des vomissements incoercibles de la grossesse. Rapporteur: Dr Hugé, de Nantes.

5° Sur la mensuration radiographique du bassin. Rapporteur : Dr Morin, de Nantes.

Pédiatrie.

1° De l'arthritisme chez les enfants. Rapporteur : Dr Comby, médecin des hôpitaux de Paris (Enfants malades).

2° Des manifestations méningées, au cours des infections digestives. Rapporteur : Dr Louis Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, Paris.

3° Des albuminuries intermittentes chez l'enfant. Rapporteur : Dr Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

4° La défense de l'enfance (puériculture, allaitement, sevrage). Rapporteur : Dr Ollive, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, médecin des hôpitaux.

5° Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales. Rapporteur : Dr Poisson, professeur à l'école de médecine de Nantes, chirurgien de l'hôpital marin de Pen-Bron.

6° De la scoliose, son traitement par la kinésithérapie. Rapporteur : Dr Saquet, de Nantes.

Nantes, 1er février 1901.

Le Secrétaire général,

Dr V. GUILLEMET.

A VENDRE

Pour le prix de la reliure

1° La collection en parfait état des **Archives générales de médecine**, depuis 1823.

2° *id.* de l'**Union médicale**, de 1876 à 1881.

3° *id.* de la **Gazette médicale**, de 1830 à 1869.

4° *id.* du **Bulletin de la Société médicale des hôpitaux**, depuis 1869.

5° *id.* du **Bulletin de Thérapeutique**, depuis 1872.

S'adresser au bureau du journal, de 1 h. à 3 h.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Oreillons.

I. — *Oreillons sans complication.*

1° Garder l'enfant isolé à la chambre, nourri de lait et d'aliments légers.

2° Faire des onctions sur les régions parotidiennes avec :

℞ Baume tranquille . . . . } āā 50 grammes.
Huile de camomille camphrée . . . . . . }

Appliquer une épaisse couche d'ouate par dessus.

3° Trois fois par jour, injection d'eau boriquée saturée, chaude, dans les oreilles.

4° Le soir une cuillerée à dessert du sirop suivant, dans une petite tasse de tilleul :

℞ Sirop de chloral. . . . . } āā 30 grammes
Sirop de fleur d'oranger. . . . . }

A répéter dans la nuit si l'enfant est agité.

5° Quand le gonflement a disparu, un purgatif :

℞ Huile de ricin. . . . . } āā 10 à 20 grammes.
Sirop d'orgeat. . . . . }

6° Bain et désinfection.

II. — *Oreillons avec déterminations diverses : ovarienne, mammaire, testiculaire.*

1° Mettre l'enfant au lit, jusqu'à la chute de la fièvre.

2° Donner le purgatif 5° de I, ou tout autre.

3° Donner contre la poussée fébrile :

℞ Sulfate de quinine. . . . . 10 à 20 centigr.
Antipyrine . . . . 20 à 40 —

en un cachet, ou dans un peu de café noir, le matin, aussi longtemps que la fièvre durera.

4° Sur la région parotidienne, compresses de tarlatane, trempées dans l'eau boriquée saturée, puis exprimées, recouvertes de taffetas gommé.

5° Contre l'agitation, sirop comme pour I, ou, si l'enfant ne peut avaler, un lavement de lait tiède additionné d'une cuillerée à café ou à dessert de sirop de chloral.

6° S'il y a hyperthermie, bains tièdes, graduellement refroidis.

7° Lait (surtout s'il y a albuminurie), puis bouillon, potages légers lait, crèmes, etc., et retour progressif à l'alimentation.

8° S'il y a des déterminations testiculaires, envelopper les bourses de compresses humides.

9° Contre l'ovarite, vessie de glace pilée. Contre la localisation mammaire, légère compression ouatée.

Dr E. PÉRIER.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 1er mars 1901

Prophylaxie de la diphtérie par le sérum de Roux. — M. L. Guinon a pu juguler, par l'injection préventive d'une petite quantité de sérum de Roux, une épidémie de diphtérie qui s'annonçait très grave et qui sévissait dans un milieu particulièrement défavorable; il s'agissait des 145 enfants idiots et épileptiques du service de M. Voisin à la Salpêtrière.

Un cas mortel de diphtérie s'étant produit dans le service, et ayant été méconnu, en deux jours douze cas nouveaux se présentèrent. Comme l'Administration avait averti M. Guinon qu'on allait lui adresser, à son service de diphtérie de Trousseau, les enfants au fur et à mesure qu'ils seraient atteints, il pensa qu'il valait mieux les soigner sur place, tout en prenant les mesures nécessaires pour arrêter l'extension de l'épidémie. Il inocula à la Salpêtrière, non seulement les 12 enfants atteints, mais encore les 130 restants. Ils reçurent, selon l'âge, 7 à 15 cc. de sérum de Roux. L'épidémie s'arrêta brusquement; on constata seulement quatre cas nouveaux, et des plus bénins, car les membranes disparurent d'elles-mêmes en vingt-quatre heures.

M. Willemin a observé un fait semblable. Dans la salle des filles du service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades, comprenant 32 lits, un cas de diphtérie s'étant produit, trois nouveaux cas apparurent coup sur coup. Il inocula préventivement les 28 enfants restant. Aucune autre diphtérie ne se produisit.

Le point de côté abdominal des enfants. — M. Guinon rappelle ce fait que, dans les affections pulmonaires ou pleurales, le point de côté siège chez les enfants, non dans le thorax, très bas. Dans certains cas, la localisation est telle qu'on pourrait croire à une appendicite, alors qu'il s'agit d'une pneumonie. La difficulté de découvrir par l'auscultation un petit foyer pneumonique dans un poumon d'enfant explique comment dans certains cas, ainsi que cela lui est arrivé ces jours-ci, on puisse hésiter un moment.

Stomatite érythémato-pultacée. — M. L. Guinon relate un cas de stomatite érythémateuse pultacée, avec piqueté du voile du palais, ayant toutes les apparences des lésions gingivo-palatines du début de la rougeole. Il s'agissait, non de rougeole, mais de broncho-pneumonie grippale.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Scarlatine.

I. — *Scarlatine normale.*

1° Isoler l'enfant (quarante jours au moins, depuis l'apparition de l'éruption, dans les cas bénins, et en réalité jusqu'à la fin de la desquamation) et le coucher, enveloppé dans une longue chemise de flanelle qui dépasse les pieds et qui sera coulissée s'il s'agit d'un bébé. Chambre maintenue à 18° environ.

Les gardes et médecins seront pourvus de blouses; ils se laveront les mains et les tremperont dans une solution de sublimé après avoir touché l'enfant.

2° Donner toutes les deux heures une tasse, grande ou petite, de lait. On pourra modifier le goût du lait avec du tilleul, de l'oranger, de la camomille, du sucre vanillé, etc. Plus tard, si l'enfant est fatigué du lait, donner des potages maigres à l'eau ou au lait, des œufs frais, en attendant de pouvoir revenir au régime commun, quand toute trace ou crainte d'albuminurie sera passée.

3° Satisfaire la soif en donnant à discrétion de l'eau additionnée de sirop d'orgeat, de cerise, groseille, framboise, limons, etc., ou avec de la tisane de queues de cerises, d'orge, de chiendent, etc.

4° Pour favoriser l'éruption, potion par cuillerée à dessert ou à soupe de deux en deux heures :

℞ Acétate d'ammoniaque	1 à 3 grammes.
Sirop d'éther	ãã 15 —
Sirop de fleur d'oranger	
Eau de tilleul	120 —

A suspendre dès que l'éruption s'est faite.

5° Bain sinapisé ou bain simple pour faciliter l'éruption et, en tout cas, assurer l'asepsie de la peau.

6° Assurer l'asepsie buccale au moyen de gargarismes ou d'irrigations à l'eau boriquée (soigner les angines qui pourraient accompagner l'éruption), et l'asepsie de la région ano-génitale avec de l'eau bouillie, boriquée, saturée. Dans les narines on mettra, toutes les 3 ou 4 heures, gros comme un pois de la pommade :

℞ Menthol	0 gr. 20 à 0 gr. 30.
Acide borique pulvérisé	3 gr.
Vaseline blanche	20 gr.

7° Recueillir en totalité les urines, qui seront examinées à chaque visite.

8° Bains tièdes à 35° (dès qu'on pourra vaincre la résistance des familles), avec les précautions désirables, et continuer deux fois par semaine, ou même tous les jours pendant la desquamation, l'usage de bains savonneux.

9° Onctions sur tout le corps après chaque bain avec de la vaseline boriquée ou avec la pommade :

℞ Ichtyol . . . . 5 à 10 gr.
Vaseline . . . . 100 gr.

10° Désinfection des vêtements, du mobilier et de la chambre quand l'enfant est guéri et en état de reprendre la vie de tout le monde, après la desquamation.

II. — *Scarlatine anormale hyperthermique.*

1° Traitement en général comme pour I.

2° Combattre l'excitation et le délire par des bains tièdes (30° à 25°).

3° Contre l'élévation excessive et persistante de la température : lotions d'eau froide, enveloppements froids, bains progressivement refroidis, de 35°, 30°, 25°, 20°, ou, enfin, bains froids de cinq minutes de durée donnés toutes les trois ou quatre heures, et enveloppement dans une couverture de coton. Rejeter les antithermiques chimiques.

4° Contre l'adynamie, injections de sérum artificiel, d'huile camphrée ou d'éther.

5° Appliquer aux complications le traitement que comporte chacune d'elles.

III. — *Scarlatine compliquée de néphrite.*

Il s'agit non de l'albuminurie du début, mais de l'albuminurie tardive qui dépend d'une vraie néphrite.

1°. Régime lacté.

2° Ventouses scarifiées sur la région lombaire.

3° Diurétique et purgatifs drastiques. — Diète hydrique, si accidents urémiques. Si anurie, bains chauds.

IV. — *Scarlatine accompagnée de manifestations articulaires.*

1° Traitement comme pour I.

2° Donner contre les douleurs chaque jour de l'antipyrine à la dose de 0 gr. 10 par année d'âge.

La maladie étant infectieuse et contagieuse, il faut désinfecter tous les objets qui ont touché l'enfant, ainsi que la pièce où il a été. E. Périer (1).

(1) Dans les hôpitaux, suivant la pratique du professeur Grancher, désinfection et lavage des salles.

Chaque enfant a deux canules personnelles conservées dans l'eau phéniquée pour les irrigations buccale et nasale.

Tous les matins on met dans les narines de chaque enfant un tampon imbibé de vaseline boriquée.

A chaque repas les enfants qui peuvent manger reçoivent sur leur lit un petit panier en fil de fer contenant leur couvert, leur assiette, leur serviette et leur verre; aussitôt après le repas, le tout est emporté et l'on plonge contenant et contenu deux fois de suite dans deux étuves différentes.

A ces précautions il faut ajouter celle de faire une antisepsie complète de la gorge et de la bouche, que l'on répète encore avant le sommeil.

Consultations médicales sur les maladies des enfants. — 1 vol. Rueff, éd., Paris.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Traitement médical des otites aiguës non suppurées.

1° Faire garder la chambre à l'enfant et administrer au besoin une purgation.

2° Toutes les deux heures, appliquer sur le pavillon de l'oreille malade, sur les régions temporales et mastoïdiennes, des compresses imprégnées d'une solution dans l'eau bouillie de bicarbonate de soude à 60 °/₀₀, aussi chaudes que le dos de la main peut les supporter. Recouvrir de taffetas chiffon puis d'ouate maintenue par une bande.

Avant d'appliquer le pansement, on versera dans le conduit une petite quantité de la solution ci-dessus aussi chaude que possible, que l'on remplacera, tous les deux pansements, par trois ou quatre gouttes de la préparation suivante tiédie au bain-marie :

℞ Glycérine neutre stérilisée	10 gr.
Résorcine	0 gr. 75
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10

3° Trois fois dans la journée, instiller, dans chaque fosse nasale de l'enfant étendu sur son lit, la tête basse, à l'aide de la petite seringue de Marfan, la valeur d'une demi-cuillerée à café de

℞ Huile d'amandes douces stérilisée	60 gr.
Menthol.	0 gr. 60

4° Toutes les trois heures, faire un grand lavage de la bouche et du pharynx, à l'aide d'un bock suspendu à 0 m.50 au-dessus de la tête de l'enfant et dont le tube en caoutchouc sera terminé par une canule en verre à extrémité mousse, — le tout soigneusement bouilli, — avec un litre à chaque fois d'eau bouillie aussi chaude qu'elle pourra être supportée.

Au bout de deux jours du traitement ci-dessus, si les douleurs persistent et si la température s'élève, examiner avec soin l'oreille et faire la paracentèse du tympan au cas où cette membrane serait rouge et bombée.

G. Mahu.

Séance du 16 avril 1901

Rhumatisme articulaire. — MM. Ausset et Vincent communiquent un cas de rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endopéricardite, pleurésie double, congestion pulmonaire, rhumatisme cérébral et hémichorée chez un enfant de 11 ans qui a fini par guérir, conservant un souffle d'insuffisance mitrale.

Cirrhose biliaire. — M. Lereboullet fait une communication sur un cas de cirrhose biliaire infantile sans ictère. Il s'agit d'un enfant de 15 ans 1/2, qui en paraissait 12, sa croissance ayant été arrêtée par la maladie.

Parents sains : nombreux frères et sœurs indemnes de toute affection hépatique.

Début, il y a 3 ans, par un gonflement abdominal. L'enfant est entré plusieurs fois à l'hôpital où on a constaté un gros foie et une grosse rate. Finalement il a échoué dans le service de M. Guinon où il est mort. Il n'y avait pas trace d'ictère, mais du prurit, de la somnolence après le repas, puis des hémorragies nasales, buccales, et enfin du mélœna et des hématémèses. Foie très gros, rate énorme. Enfant maigre, de petite taille, avec un ventre énorme, Anémie sans leucocytose. Urines contenant de l'urobiline. Dans les derniers temps, ascite avec liquide un peu sanguinolent.

A l'autopsie gros foie avec périhépatite, grosse rate avec périsplénite. Pas de tuberculose. Le foie, scléreux et dur, pesait 1635 grammes; il y avait de gros ganglions près de la tête du pancréas.

Au microscope, on a trouvé une cirrhose hépatique biliaire, prédominante autour des conduits biliaires (périangiocholite). Cependant les canalicules biliaires n'étaient pas oblitérés, et cela permet de comprendre l'absence d'ictère.

Traitement de l'ectopie testiculaire ; ectopie abdominale en particulier. — M. Coudray relate deux observations relatives à l'abaissement non sanglant, par l'ancienne méthode sans fixation, des testicules au fond des bourses. Dans la première, l'ectopie était iliaque et bilatérale chez un enfant de onze ans. Le résultat confirmé au bout de dix ans est très bon. Dans une seconde observation, chez un enfant de douze ans, avec ectopie inguinale élevée, le résultat fut moins bon ; il y a menace d'hydrocèle du conduit vagino-péritonéal.

Dans une dernière observation relative à une ectopie iliaque rétro-pariétale sur un garçon de quinze ans, ectopie s'accompagnant de phénomènes douloureux et absolument fixes, il fut impossible d'amener le testicule par une opération sanglante à cause de la brièveté du canal déférent et des vaisseaux spermatiques.

Ces observations semblent indiquer la nécessité d'interventions hâtives, qu'on s'adresse à la méthode non sanglante ou bien à l'opération sanglante.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

ARTHRITISME

1° Alimentation réglée, à heures fixes; laitage, œufs, viandes tendres, bien cuites, à un seul repas; légumes très cuits ou en purée; fruits cuits ou bien mûrs. Pas de viande en excès, de viande avancée, ni de gibier, ni de crustacés; pas d'épices, de vin, de café, de thé.

Comme boisson : le lait à tous les repas, et, quand l'enfant s'en lassera, de la bière légère, amère, coupée d'eau.

2° S'il y a déjà eu des manifestations (rhumatismes, névralgies, migraines, asthme, etc.), donner, un mois sur deux, pendant quinze jours, avant les repas, dans un peu d'eau, une à quatre gouttes de liqueur de Fowler; et pendant quinze jours, avant chaque repas, une cuillerée à café de la préparation :

℞ Iodure de sodium	5 à 10 grammes.
Sirop d'écorce d'orange amère	200 —

Et le mois suivant donner aux repas de l'eau de Vals.

3° Deux jours par semaine, suspendre le traitement et donner, le matin, dans un quart de verre d'eau, une cuillerée à café de :

℞ Soufre sublimé	ãã 20 grammes.
Crème de tartre	ãã 20 grammes.
Magnésie	ãã 20 grammes.
Essence d'anis	1 gramme.

4° Vêtements de laine, flanelle, endurcissement aux variations de température par des pratiques hydrothérapiques et des frictions, le matin, sur tout le corps, avec un gant de flanelle ou de crin.

5° Vie au grand air, dans un climat et un logement secs.

6° Exercice, vie active, gymnastique, équitation, escrime, jeux, etc., et pas trop de sédentarité.

7° Pas de surmenage intellectuel.

8° En été, station d'altitude moyenne.

Envoyer à *Aix-les-Bains* l'arthritique s'il est gros et gras, disposé aux douleurs et raideurs articulaires.

A *Néris*, *Bigorre*, s'il est nerveux et équitable; à *La Bourboule*, s'il est mou et lymphatique; à *Plombières*, s'il est dyspeptique; à *Vals*, s'il a des troubles du foie; à *Contrexéville*, s'il a du sable rouge; à *Châtelguyon*, à *Brides*, s'il est constipé.

Dr E. Périer.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ JUVÉNILE.

1° S'abstenir totalement de café, café au lait, thé, liqueurs, alcools, vin, charcuterie, poissons, coquilles, crustacés, gibiers, truffes, pâtés, fromages, aliments épicés, oseille, tomates, crudités. Ne pas trop manger de beurre et de graisse.

2° Prendre au commencement de chaque repas, un des cachets suivants :

℞	Bicarbonate de soude.	30 centigr.
	Magnésie calcinée.	20 —
	Poudre de cascara sagrada.	15 —
	Benzonaphtol.	15 —

Pour un cachet f. s. a. 30 cachets semblables.

3° Nettoyer la figure avec des tampons d'ouate hydrophile et de l'eau aussi chaude que possible, qui aura bouilli avec 10 gr. de son et une cuillerée à soupe de biborate de soude par litre.

4° Le soir faire un savonnage des points malades avec du savon au naphtol ; y passer ensuite de l'eau-de-vie camphrée.

5° Puis mettre sur les boutons pour la nuit un peu de la pommade suivante dans laquelle on augmentera ou diminuera la dose de vaseline suivant l'effet produit :

℞	Naphtol B camphré.	30 centigr.
	Résorcine.	20 —
	Savon noir.	20 —
	Craie préparée.	50 —
	Soufre précipité.	1 gr. 50
	Vaseline pure Lancelot.	20 —

6° Le matin après la toilette passer sur la figure du mélange suivant :

℞	Borate de soude.	10 gr.
	Ether sulfurique camphré.	40 —
	Eau distillée de rose.	100 —
	Eau distillée.	150 —

L. Brocq.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 14 mai 1901.

Traitement de l'infantilisme par les préparations thyroïdiennes. — M. Guinon. — Tout processus entravant le développement normal de l'organisme peut aboutir à l'infantilisme, et, à ce point de vue, les lésions du foie, et celles de tous les organes hématopoiétiques, doivent être mises sur le même plan que les lésions du corps thyroïde. En un mot, l'infantilisme n'a pas une seule cause, la dysthyroïdie, il a des causes multiples, variables dans chaque cas. Mais, dans tous ces cas, le traitement thyroïdien doit être tenté, car on peut obtenir par lui des améliorations. Il semble que l'extrait thyroïdien excite le fonctionnement des viscères en général.

M. Variot, à propos de la cryptorchidie, dit que la variété inguinale influe peu sur le développement, tandis que la variété abdominale aboutit à l'eunuquisme. Dans un cas de polysarcie héréditaire (fille de 12 ans pesant 92 livres), le corps thyroïde a fait perdre 7 kilogr. en 2 mois 1/2. Mais, dans la cryptorchidie abdominale, le suc orchitique doit être préféré au suc thyroïdien.

M. Apert a vu un infantile dont le développement avait été arrêté à l'âge de 12 ans et qui mourut plus tard de tuberculose. Chez lui, le corps thyroïde présentait une masse fibro-caséeuse.

De la sérothérapie préventive dans les épidémies de diphtérie. — M. Netter. — Il semble que l'inoculation préventive des sujets exposés à la contagion est le meilleur moyen d'arrêter une épidémie. On a proposé cependant, et on a employé à l'étranger, un autre procédé, qui a son bon côté, mais qui est beaucoup plus difficile à appliquer : faire l'examen bactériologique des gorges de tous les enfants de l'agglomération atteinte (école, salle d'hôpital, etc.), et isoler ceux dont la gorge renferme du bacille de Löffler. Les résultats sont inférieurs à ceux de l'inoculation préventive.

Dans les familles où un cas de diphtérie a éclaté, j'ai l'habitude de proposer aux parents ou bien l'inoculation préventive d'emblée, ou l'examen bactériologique préventif des gorges des enfants non encore atteints. Je préfère le premier procédé. Avec le second, j'ai vu, en effet, des angines se développer dans le temps que nécessite la culture ; ces angines auraient été enrayées plus facilement si l'inoculation avait eu lieu plus tôt.

Dans les hôpitaux, où il se déclare de temps en temps des cas intérieurs de diphtérie, est-il bon d'inoculer préventivement tous les enfants entrants? C'est la pratique de Slavik, assistant de Heubner à la Charité de Berlin. Depuis l'application méthodique de ce procédé, les cas intérieurs ont à peu près disparu ; toutefois, des enfants ont été pris, qui séjournaient depuis quelque temps déjà à l'hôpital. On sait que l'immunité due aux sérums antitoxiques est peu persistante. Il faudrait renouveler les injections tous les vingt-cinq jours environ.

Je n'emploie pas les inoculations préventives dès l'entrée dans les salles générales de mon service, mais dans les chambres d'isolement ; j'inocule préventivement avec le sérum antidiphtérique tous mes rougeoleux ; je n'ai pas évité complètement les cas intérieurs de diphtérie; mais ils sont en notable diminution.

Hypertrophie congénitale simple d'un membre. — M. VARIOT rapporte l'histoire d'une enfant qui présentait dès sa naissance une hypertrophie notable du membre inférieur gauche. L'augmentation de volume était uniformément répartie sur les différents segments et les différents tissus du membre ; aucun trouble trophique, ni circulatoire; aucun trouble fonctionnel. Quand l'enfant commença à marcher, à seize mois, la différence de dimensions des deux jambes causa une claudication notable. Le membre inférieur gauche mesurait 34 centimètres de l'épine iliaque à l'extrémité de la malléole extrême, l'autre membre 31 centimètres.

Traitement de la tuberculose testiculo-épididymaire par la ligature du cordon. — M. MAUCLAIRE présente un adolescent qui avait un noyau tuberculeux du volume d'une mandarine dans son épididyme, adhérent au testicule. Il pratiqua la ligature du cordon le plus haut possible, et il referma la plaie ; trois semaines après un petit abcès s'ouvrit, qui suppura trois mois, puis se ferma spontanément ; la tumeur s'atrophia. Actuellement, le testicule atteint est atrophié et dur, mais le processus tuberculeux y est complètement éteint ; le testicule du côté opposé semble avoir subi une hypertrophie compensatrice.

L'épreuve du bleu de méthylène chez les nourrissons. — MM. E. LESNÉ et PROSPER MERKLEN. — L'épreuve du bleu de méthylène est difficile à pratiquer chez le nourrisson. On choisira de préférence des garçons ; une vessie servant d'urinal sera solidement attachée au-dessus des bourses, et on aura soin de regarder toutes les heures, toutes les deux heures au plus, si l'enfant a uriné ; aussitôt on recueillera l'urine. Le début de l'élimination est parfois difficile à préciser, mais on se rend facilement compte de la durée et du maximum de l'élimination. Les intermittences sont également aisées à saisir.

A l'état normal, le nourrisson élimine son bleu en douze à dix-huit heures, avec maximum entre la cinquième et la septième heure. Sur sept nourrissons atteints de gastro-entérite aiguë, deux ont éliminé des urines claires, non teintées, assez longtemps après l'injection pour permettre de conclure à un retard dans l'élimination (plus de deux heures). Un nourrisson atteint de gastro-entérite prolongée a éliminé son bleu en cinquante-deux heures, présentant ainsi une prolongation manifeste. Chez quatre nourrissons il y a eu des intermittences indiquant que le foie était intéressé par la gastro-entérite.

La diazo-réaction d'Ehrlich dans la diphtérie. — M. LOBLIGEOIS a recherché la diazo-réaction d'Ehrlich dans les urines des diphtériques. Elle y fait défaut d'une façon presque absolument constante. Elle est, au contraire, fréquente dans la scarlatine. Sa recherche est indiquée pour le diagnostic de la scarlatine et des éruptions scarlatiniformes post-sérothérapiques.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Adénopathies trachéo-bronchiques (1).

I. — *Adénopathie chronique simple dans l'intervalle des accès aigus.*

1° Donner pendant quinze jours, le matin au réveil, dans du lait chaud ordinaire, ou mieux dans du lait d'ânesse, un quart à un demi-verre d'eau du Mont-Dore ou de La Bourboule, ou, si l'enfant paraît mieux se trouver des eaux sulfureuses que des chlorurées sodiques arsenicales, la même quantité d'eau d'Eaux-Bonnes ou d'eau de Cauterets, de la même façon.

2° Pendant les quinze jours suivants, donner au premier déjeuner une cuillerée à café ou à dessert de sirop iodo-tannique, et continuer ainsi alternativement, de quinzaine en quinzaine, pendant deux mois.

3° A midi et le soir, *en hiver*, huile de foie de morue, si l'enfant la supporte, une cuillerée à dessert ou à soupe; *en été*, de l'extrait de malt ou un peu de vin amer et tonique de quinquina, de coca, de gentiane, etc.

4° Deux fois par jour, à dix heures et à quatre heures, donner, dans un peu d'eau ou de tilleul, cinq à dix gouttes de la mixture :

℞ Alcoolature de racine d'aconit	ãã 15 grammes.
Teinture de belladone	

5° Deux jours par semaine, suspendre tout traitement et donner une cuillerée à café de magnésie anglaise dans un peu d'eau sucrée, avant le déjeuner ou le dîner.

6° Badigeonner la poitrine, au niveau des points mats et soufflants (au niveau du sternum ou entre les deux épaules) avec de la teinture d'iode; au besoin, appliquer des mouches, des pointes de feu si l'âge de l'enfant permet ce dernier moyen.

7° S'il y a un élément catarrhal, recourir à une préparation balsamique : goudron de Norvège placé pendant la nuit dans un plat au-dessus d'une veilleuse près de l'enfant.

8° En été, saison à La Bourboule, au Mont-Dore, ou bien à Challes, Uriage, Luchon, Saint-Honoré, etc.

(1) Je rappelle qu'au point de vue du pronostic il importe avant tout de se rendre compte si l'on a affaire à la forme tuberculeuse ou à des adénopathies simples aiguës ou chroniques si bien distinguées par J. Simon de la première. C'est à la suite des affections aiguës qui portent leur action sur la muqueuse des voies respiratoires (rougeole, coqueluche, bronchite), particulièrement chez les enfants lymphatiques ou scrofuleux, que l'on observe ces adénopathies, qui se voient aussi dans l'impaludisme larvé (J. Simon, Joal, Périer).

En hiver, séjour dans le Midi : Cannes, Nice, Hyères, Menton, Pau, Biarritz, etc.

9° Bonne alimentation à base de lait, œufs, cervelles, viandes rôties, crues; poisson, graisses.

10° Vie au grand air, au soleil, bains chauds, suivis de frictions sèches ou alcooliques sur tout le corps, le matin.

II. — *Accès aigus de dyspnée asthmatiforme, de toux coqueluchoïde, palpitations.*

1° Mettre l'enfant au lit ou le garder à la chambre pendant la période de fièvre et suspendre le traitement I.

2° Donner toutes les deux heures une cuillerée à dessert de la potion suivante :

℞ Alcoolature de racines d'aconit. Teinture de belladone.	āā V à X gouttes.
Sirop de fleur d'oranger	30 grammes.
Eau de laurier-rose	5 —
Eau gommeuse	120 —

3° S'il y a de véritables accès asthmatiformes, donner deux ou trois fois par jour une cuillerée à café ou à dessert de la préparation :

℞ Iodure de potassium	10 grammes.
Eau distillée	250 —

4° Dans la matinée :

℞ Chlorhydro-sulfate de quinine . . . . . 20 ou 30 centigr.

5° S'il y a des palpitations, donner, en outre, deux fois par jour, dans une cuillerée de la potion trois à cinq gouttes de teinture alcoolique de digitale.

6° Au moment du coucher, soit un peu de bromure (0 gr. 50 à 1 gramme), soit une cuillerée à café ou à dessert de sirop de codéine, de lactucarium, de chloral, dans une infusion chaude de tilleul ou de fleurs pectorales.

7° Appliquer, matin et soir, un cataplasme sinapisé en avant et en arrière de la poitrine.

8° Lait chaud, bouillon, potages légers, lait de poule. Infusions pectorales, sucrées avec du sirop de tolu.

Cet état aigu une fois passé, l'enfant reprendra le traitement I interrompu.

Dr E. Périer.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Anémies.

I. — *Anémie simple.*

1° Régler le régime de l'enfant, qui devra avoir une bonne nourrice. Repas réguliers : pour le nouveau-né, une tétée toutes les deux, trois heures ; au moment du sevrage, incorporer du jus de viande aux potages, au bouillon ; après le sevrage, quatre petits repas dans lesquels entreront : le lait, les œufs, les crèmes, les potages et soupes. Donner les aliments en purée : purées de viande hachée et tamisée, pour enlever la graisse et les fibres aponévrotiques ; poulet, poisson, purées de lentilles, de haricots, riches en fer et en phosphates, de légumes verts, en choisissant ceux que l'enfant aime et digère (vérifier les gardes-robes). Les enfants grands et les adolescents mangeront de tout ce qu'ils aiment et digèrent, en insistant sur les viandes rouges et les aliments précités, particulièrement sur les œufs.

2° Faire vivre l'enfant au grand air, tout à fait à la campagne ou dans les montagnes, jusqu'à guérison, si cela se peut, et l'envoyer, dans la bonne saison, pendant quelques semaines, au bord de la mer. Il jouera sans contrainte et dormira autant qu'il voudra.

3° Le matin, lavage rapide de tout le corps à l'eau tiède d'abord, puis de plus en plus froide, suivi d'une bonne friction avec une serviette-éponge en fil, un peu rude ; ensuite, quand la peau est bien séchée, friction avec un morceau ou un gant de flanelle imbibé d'eau de Cologne.

4° Veiller à la régularité des gardes-robes : s'il y a de la constipation, la combattre par un lavement quotidien ; s'il y a diarrhée, par une potion au bismuth ; s'il y a lientérie, par un choix mieux fait des aliments et en insistant sur leur réduction préalable en purée pour les jeunes enfants.

5° Avant les petits repas, on donnera alternativement pendant quinze jours une cuillerée à café, à dessert ou à soupe de sirop d'iodure de fer, et pendant les quinze jours suivants une à trois gouttes de liqueur de Fowler, en commençant par une demi-goutte pour un enfant de deux ans.

6° De temps en temps, suspendre ces préparations pendant une semaine et donner une cuillerée à dessert ou à soupe du sirop composé :

℞	Sirop de rhubarbe	ãã 150 grammes.
	Sirop de gentiane	

Ou encore de cinq à dix gouttes du mélange :

℞ Teinture de noix vomique.	1 à 2 grammes.	
Teinture de badiane.		
Teinture de gentiane	ãã 5	—
Teinture de cascarille.		
Teinture de colombo.		

7° Aux repas, alterner les eaux de Bussang, Orezza, avec l'eau de Vals Saint-Jean, que l'on donnera avec un peu de vin, d'extrait de malt ou de bière amère.

8° Après les repas, si la digestion est languissante, une cuillerée à café, à dessert ou à soupe de vin digestif à la pepsine ou à la pancréatine, ou, d'autres fois, s'il y a hypochlorhydrie, un petit verre de la limonade suivante :

℞ Acide chlorhydrique.	1 à 2 grammes.	
Sirop de limons.	100	—
Eau distillée.	500	—

9° En été, hydrothérapie froide et saison à Luxeuil ou à Bussang.

II. — *Anémie chez un enfant menacé de rachitisme.*

1° Lait phosphaté naturel ; sinon, ajouter une puisette à sel de poudre de phosphate de chaux à chaque tasse de lait ; ou donner, le matin, une cuillerée à dessert de sirop de chlorhydro-phosphate de chaux dans du lait.

2° Régler le régime comme pour I, en insistant sur les lentilles, riches en fer, les haricots, riches en phosphates, la viande, le poisson, les cervelles, le ris de veau, les œufs, le bon pain, etc., le beurre, s'il est bien digéré, etc.

3° Même hygiène, en insistant sur la vie au grand air et au soleil, l'enfant n'ayant plus toute liberté de courir, mais, au contraire, restant longtemps étendu, pour prévenir les incurvations des jambes ; il devra d'ailleurs varier de position, pour éviter toute pression prolongée sur un même point du corps.

4° Bains salés tous les deux jours, mais faire chaque matin la friction sèche à l'eau de Cologne ou à l'alcool, ou mieux avec le mélange alcoolique suivant :

℞ Alcoolat de lavande.	
Alcoolat de romarin.	ãã 100 grammes.
Baume de Fioraventi.	

5° Bord de la mer, eaux de Salies, Salins, La Mouillère, etc.

(à suivre.)

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Anémies.

(Suite).

III. — *Anémie avec lymphatisme ou scrofule.*

1° Régler les repas comme pour I, en insistant, pendant l'allaitement, sur la qualité du lait : une nourrice exempte de tuberculose ou de scrofule, du lait stérilisé, riche et de bonne provenance et, après le sevrage, sur les aliments substantiels riches en azote, en graisse (si l'enfant la digère), en phosphates.

2° Hygiène comme pour I et II, en insistant sur l'activité au grand air, au soleil, au bord de la mer, sur les frictions stimulantes de la peau, les bains salés, les frictions sèches ou alcooliques.

3° Le matin, en hiver, huile de foie de morue pendant le déjeuner, le plus que l'enfant en pourra digérer. En été, sirop antiscorbutique ou sirop de raifort iodé.

4° A midi, alterner, de quinze en quinze jours, le sirop d'iodure de fer (une cuillerée à café ou à dessert) avec la liqueur de Fowler (une à trois gouttes, en commençant par une demi-goutte, dans un petit verre d'extrait de malt).

IV. — *Anémie chez un enfant atteint ou menacé de tuberculose.*

1° Régime comme pour I, en ajoutant une cuillerée à dessert ou à soupe de poudre de viande dissimulée dans les potages ou dans du lait.

2° Hygiène générale comme pour I, II et III.

3° Laisser en permanence la nuit, dans la chambre de l'enfant, une veilleuse au-dessus de laquelle sera un plat évasé contenant du goudron et de la créosote dans la proportion suivante :

℞	Goudron de Norvège.	200 grammes
	Créosote.	10 à 20 —

V. — *Anémie chez un petit syphilitique.*

1° Régime et hygiène comme pour les cas précédents.

2 Traitement spécifique : une à deux gouttes de liqueur de Van Swieten, huit à dix fois par jour, dans un peu de lait, au nouveau-né; plus tard, une cuillerée à café en deux ou trois fois,

et, si l'enfant est trop faible, frictions mercurielles avec gros comme un poids d'onguent napolitain aux aines, aux aisselles, etc.

VI. — *Anémie chez un petit paludique.*

1° Traitement général et hygiène comme pour I.

2° Pendant quinze jours, donner avant les repas : vin de quinquina (une cuillerée à café, à dessert ou à soupe) dans un peu d'eau.

3° Pendant les quinze jours suivants, liqueur de Fowler, une à trois gouttes, en commençant par une demi-goutte, dans un peu d'eau, avant les repas.

4° Saison à Plombières ou à La Bourboule.

VII. — *Anémie par perte de sang (sujets hémophiles).*

1° Traitement et hygiène comme pour I.

2° Donner, toutes les deux heures d'abord, puis trois fois par jour, dans un peu d'eau, une à deux gouttes et plus de perchlorure de fer.

3° Aux repas, une cuillerée à café ou à dessert de sirop d'hémoglobine dans un peu d'eau.

E. Périer.

Dans sa séance du 13 juin 1901, la Commission administrative de la Société centrale des Médecins de France a voté quatre cents francs à trois veuves d'anciens sociétaires, et une indemnité à un médecin âgé, pour lequel, malheureusement, elle ne peut demander une pension, le confrère n'ayant qu'un trop petit nombre d'années de présence dans la Société.

Une décision, et ce n'est pas la première, dont l'importance n'échappera à aucun médecin, a été prise en séance. Un sociétaire, âgé et malade, envoie sa démission. La Commission décide de la refuser, jusqu'à plus ample informé. Si ce confrère donne sa démission, par crainte de ne pouvoir verser sa cotisation annuelle, ce n'est pas au moment où il peut avoir besoin de la Société centrale que celle-ci accepterait cette démission. Cette dernière ne sera donc reçue que si le confrère malade est à l'abri du besoin.

Le vice-président : Dr Motet.
Le vice-secrétaire : Dr Smester.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

INFECTION DIGESTIVE AIGUË CHEZ UN NOURRISSON

I. — Infection légère sans phénomènes généraux.

[Enfant nourri au sein ou au biberon, pris de vomissements, diarrhée, le ventre est ballonné ; il n'y a pas de fièvre, pas d'algidité. Poids stationnaire ou diminution encore peu sensible.]

1° Suspendre le lait (sein ou biberon) et donner une quantité correspondante d'eau pure ou bouillie ; bonne eau minérale légèrement alcaline comme Vals (Saint-Jean) ou décoction de riz, d'orge, etc. On ne reprendra le lait que progressivement à mesure que tout rentrera dans l'ordre.

2° Toutes les 2 heures la potion suivante par cuiller à café, pour un nouveau-né au-dessous de 3 mois, par cuiller à dessert au-dessus de cet âge :

℞ Benzonaphtol.	0 gr. 30 à 0 gr. 60.
Salicylate de bismuth.	0 gr. 50 à 1 gramme.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 grammes.
Eau de gomme.	90 grammes.

3° Si les selles sont fétides, peu fréquentes avec tympanisme, on donnera dès le début :

℞ Calomel.	0 gr. 05 à 0 gr. 10.
Sucre de lait.	10 centigr.

II. — Infection digestive aiguë avec phénomènes généraux.

[Aux symptômes gastro-intestinaux s'ajoutent : fièvre, haleine fétide, langue chargée et sèche, soif, perte de poids notable, etc.]

1° Suspendre l'alimentation et mettre l'enfant à l'eau comme I.

2° Lavages de l'estomac (1) et de l'intestin (2) avec eau bouillie ou eau salée à 7 pour 1000.

3° Sur le ventre compresse humide recouverte de taffetas.

4° Bains chauds s'il y a hypothermie ; bains tièdes ou frais s'il y a hyperthermie.

5° Injections de sérum artificiel de 30 centim. cubes, toutes les 3 ou 4 heures.

(1) Enfoncer jusque dans l'estomac une sonde appropriée (sonde uréthrale n° 30 de la filière Charrière) ; par un petit entonnoir on introduit 100 grammes d'eau bouillie, d'eau salée, qui ramène les résidus contenus dans l'estomac. On recommence 3 ou 4 fois et plus, jusqu'à ce que l'eau redevienne claire.

(2) On prend un bock à injection ou une bouteille à laquelle on adapte un *vide-bouteille* et, le petit malade étant couché, on pousse légèrement dans le rectum une sonde à 10 ou 15 centimètres, et on injecte doucement l'eau de l'appareil qui est à 10 ou 20 centimètres, au-dessus du plan du bébé. L'anus étant serré sur la sonde, on fait pénétrer aisément de 500 à 1000 gr. de liquide qui s'écoule quand on retire la sonde. L'eau sera froide s'il y a fièvre, et chaude s'il y a hypothermie.

INFECTION DIGESTIVE LATENTE CHEZ UN ENFANT SEVRÉ

[Enfant de 12 à 18 mois, sevré, qui, ne voulant plus assez de lait, a été, mis trop tôt à un régime azoté. Résultat : aspect pâle, souffreteux, poids stationnaire ; inappétence, haleine mauvaise, digestions pénibles, selles rares, constipées, fétides ; insomnie, agitation. Les dents sortent en retard et sans ordre ; les jambes font une légère incurvation rachitique.

Pas encore d'accidents menaçants ; pas de diarrhée ni de vomissements, pas de fièvre, pas de gros ventre, d'érythèmes, etc.]

1° Remettre l'enfant à un régime normal comme heures et qualité d'aliment : soit 4 repas à base de lait, crèmes, œufs au lait, bouillies et soupes au lait claires, puis purées de légumes.

Supprimer jusqu'à nouvel ordre les cervelles, poissons, la pulpe de viande, etc., donnés trop tôt.

2° Donner avant les repas dans un petit peu d'eau, une pleine puisette à sel de la poudre composée :

℞ Benzonaphtol	}	ãã 10 gr.
Magnésie	}	

3° Après les repas, une cuiller à dessert de la limonade chlorhydrique suivant la formule :

℞ Acide chlorhydrique	50 centigr. à 1 gramme.
Sirop d'oranges ou de limons	50 gr.
Eau distillée	200 gr.

4° Assurer une selle quotidienne au moyen de lavements, ovules à la glycérine, etc. Au besoin, recourir de temps en temps à une petite dose de calomel (5 à 20 centigr.) ou d'huile de ricin (5 à 10 gr.).

S'il se produisait un peu de diarrhée, on recourrait à la tannalbine qui est à la fois un antiseptique et un astringent :

℞ Tannalbine	}	ãã 30 centigr.
Poudre de sucre	}	

Pour un paquet à 6 par jour dans un peu d'eau gommée.

5° Assurer le fonctionnement de la peau au moyen de frictions quotidiennes avec une pièce de flanelle et de l'alcoolat de lavande ou analogue et donner tous les 2 ou 3 jours un **bain salé** (à 1500 gr. de sel marin).

6° Sorties régulières, l'enfant étant soigneusement préservé des refroidissements.

Dr E. Périer.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Attias (Isaac). — De la rhino-pharyngite et amygdalite chronique et de ses conséquences chez les enfants. — *Paris*, 1901, in-8° [79 p.].

Auguy (Joseph). — De l'adénopathie appendiculaire. — *Lyon*, 1901, in-8° [72 p.].

Bouillat (Félix-Elie). — De l'emploi du fer et des divers métaux lourds dans le traitement des anémies. — *Paris*, 1901, in-8° [76 p.].

Braoudé (Mlle Nehama). — Contribution à l'étude de l'obésité chez les enfants. — *Paris*, 1901, in-8° [64 p.].

Chipcovensky (J.-N.). — De la pleurotomie avec résection costale primitive. — *Montpellier*, 1901, in-8° [50 p.].

Dussuc (Antoine). — De la cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale. — *Lyon*, 1901, in-8° [60 p.].

Fayon (Paul-Marcel). — Des accidents d'obstruction intestinale et d'appendicite dus aux ascarides lombricoïdes. - *Paris*, 1901, in-8° [44 p.].

Fotiadès (Phocion-Athanase). — Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale. — *Paris*, 1901, in-8° [96 p.].

Gottschalk (Alfred). — Le traitement des plaies (Etude historique). Contributions bactériologiques. Pansements modernes. — *Paris*, 1901, in-8° [195 p.].

Guillaumont (Antoine). — Contribution à l'étude des principales complications des vulvo-vaginites chez les petites filles. — *Paris*, 1901, in-8° [70 p.].

Jalaguier (Albert). — Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire et quelques autres affections. — *Paris*, 1901, in-8° [132 p.].

Jousseaume (Léon-Camille). — Sur quelques parasites producteurs de maladies introduits dans l'organisme par l'eau. — *Paris*, 1901, in-8° [96 p.].

Lankoff (Dimitre). — La putréfaction gazeuse des poumons du mort-né ; son rôle dans la docimasie pulmonaire hydrostatique. — *Montpellier*, 1901, in-8° [42 p.].

Lacroix (Victor). — Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. — *Paris*, 1901, in-8° [53 p.].

Le Guichaoua (Charles). — Des variétés rares de luxations spontanées dans la coxalgie. — *Paris*, 1901, in-8° [93 p.].

Leven (Gabriel). — De l'obésité. — *Paris*, 1901, in-8° [126. p.]

Loustau (Paul-Antony). — Des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole. — *Paris*, 1901, in-8°.

Mamonoff (Catherine). — Contribution à l'étude des chorées d'origine infectieuse. — *Lyon*, 1901, in-8° [88 p.].

Mathieu (Joséph). — Contribution à l'étude du vertige et en particulier du vertige épileptique. — *Paris*, 1901, in-8° [63 p.].

Molin (Henri). — La dyschondroplasie. Etude radiographique et clinique. - *Lyon*, 1900, in-8° [124 p.].

Naulet (Henri). — Contribution à l'étude du traitement des déviations de la colonne vertébrale par la gymnastique raisonnée. — *Paris*, 1901, in-8° [68 p.].

Plomb (Jules). — Le rachitisme thoracique. Son influence sur les divers appareils et en particulier respiratoire et circulatoire. — *Montpellier*, 1901. in-8° [57 p.].

VOYAGES D'ETUDES MÉDICALES

AUX EAUX MINÉRALES, STATIONS CLIMATÉRIQUES ET SANATORIUMS DE FRANCE

Voyage de 1901 : Stations du Dauphiné et de la Savoie

(Uriage, La Motte, Allevard, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Challes, Aix, Le Revard, Marlioz, Hauteville (sanatorium), Divonne, Saint-Gervais, Chamonix, Thonon, Evian),

du 1er au 12 septembre inclus

Les Voyages d'Etudes médicales sont organisés dans un but d'intérêt général : faciliter aux médecins français et étrangers la visite et la connaissance pratique de toutes les stations thermales et climatériques de France. Ces stations, très nombreuses et très variées, ont été divisées en plusieurs groupes, d'après leur situation géographique. — Chaque année, au mois de septembre, un voyage comprend toutes les stations situées dans la même région.

Le V. E. M. de 1901 — comme celui de 1899 aux Stations du Centre et de l'Auvergne, et celui de 1900 aux Stations du Sud-Ouest — est placé sous la direction scientifique du Dr Landouzy, professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Sont seuls admis à ce voyage : les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine ; les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1901, *terme de rigueur.*

PROGRAMME. — Dans l'après-midi du samedi 31 août et dans la matinée du dimanche 1er septembre, concentration à Uriage de tous les adhérents à ce voyage.

Dimanche 1er septembre 1901 : Déjeuner à onze heures ; après déjeuner, visite d'Uriage ; dîner et coucher au Grand-Hôtel. — Lundi 2 : excursion à la Grande-Chartreuse ; coucher à Uriage. — Mardi 3 : le matin, départ d'Uriage pour La Motte, par Vizille ; visite de La Motte : l'après-midi, arrivée à Allevard, vers quatre heures trente ; dîner et coucher à l'Hôtel des Bains. — Mercredi 4 : le matin, visite d'Allevard ; à une heure, départ pour Salins-Moutiers ; visite ; dîner et coucher à Brides, Hôtel des Thermes. — Jeudi 5 : excursion à Pralognan ; coucher à Brides. — Vendredi 6 : le matin, visite de Brides ; à midi, départ pour Challes ; visite ; dîner et coucher à Aix, Grand Hôtel. — Samedi 7 : visite d'Aix ; Marlioz, Lac du Bourget et Hautecombe ; coucher à Aix. — Dimanche 8 : le matin, excursion au Lac d'Annecy, Gorges du Fier ; l'après-midi, Le Revard ; coucher à Aix. — Lundi 9 : le matin, départ pour le Sanatorium d'Hauteville ; visite ; déjeuner ; à trois heures, départ ; arrivée à Divonne, à sept heures trente ; coucher à l'Hôtel de l'établissement. — Mardi 10 : le matin, visite de Divonne ; à midi trente, départ ; arrivée à Saint-Gervais à cinq heures trente ; coucher Hôtel de Savoie. — Mercredi 11 ; le matin, visite de Saint-Gervais ; l'après-midi, excursion à Chamonix ; coucher à Evian, Grand Hôtel des Bains. — Jeudi 12 : le matin, visite d'Evian ; après déjeuner, départ en bateau pour Thonon ; dîner à six heures ; dislocation.

Les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Thonon, vers sept heures trente, le train pour Paris et Lyon, soit rentrer à Evian, où nous assurerons leur coucher au Grand Hôtel des Bains et leur petit déjeuner le lendemain matin.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Zona.

(Seconde enfance, adolescence.)

1° Potion par cuillerée de dessert, de deux en deux heures :

℞ Antipyrine.	50 centigr. à 1 gramme.
Sirop d'écorce d'orange amère. . . .	30 grammes.
Eau distillée.	90 grammes.

A la fois contre la fièvre et la douleur.

2° Purger l'enfant avec :

℞ Huile de ricin.	āā 10 à 25 grammes.
Sirop d'orgeat.	

3° *a*) Si l'on est appelé dès le début, badigeonnage avec collodion élastique.

b) Si plus tard, poudrer avec :

℞ Salicylate de bismuth.	10 grammes.
Oxyde de zinc.	20 —
Talc.	30 —
Amidon.	40

Mêlez.

Ouate par-dessus.

c) A la fin (dessiccation des croûtes), panser avec :

℞ Acide borique.	4 grammes.
Vaseline.	30 grammes.

et ouate hydrophile aseptique.

4° S'il y a des douleurs violentes (1), faire des frictions avec:

℞ Salicylate de méthyle.	20 grammes.
Huile camphrée.	80 grammes.

et flanelle par-dessus.

Médication du jour.

La tannalbine dans la diarrhée des enfants. — E. Périer. — La tannalbine est indiquée dans la diarrhée aiguë ou chronique, dans la diarrhée tuberculeuse, etc., et se donne à doses fractionnées dans du lait, de l'eau sucré, ou de la crème de riz.

De 0 à 3 ans.	0 gr. 15 à 0 gr. 75 centigr.
De 3 à 5 ans.	0 gr. 75 à 1 gr. 50 —
De 5 à 10 ans	1 gr. 50 à 2 grammes.

Dr E. Périer.

Claudication chez les enfants.

- **Maladies articulaires**
  - Hanche
    - Luxations congénitales.
    - Coxalgie.
    - Luxations pathologiques.
  - Genou
    - Hydarthrose
    - Arthrites
      - Aiguë.
      - Tuberculeuse.
    - Ankylose
  - Cou-de-pied
    - Synovites.
    - Entorse.
- **Lésions osseuses**
  - Arrêt de développement
  - Périostite de croissance.
  - Ostéite.
  - Ostéo-périostite.
  - Ostéomyélite.
  - Carie.
  - Tuberculose.
  - Cancer.
  - Décollement épiphysaire.
  - Rachitisme.
  - Fractures, cals difformes.
- **Lésions du système nerveux**
  - Cérébral
    - Sclérose.
    - Tumeurs.
    - Hydrocéphalie.
  - Médullaire
    - Myélites.
    - Dégénérescence.
    - Compression.
    - Paralysie infantile
  - Névroses
    - Hystérie.
    - Chorée.
  - Névralgies
    - Ovarienne.
    - Névrites.
  - Diphtérie.
  - Action réflexe ou compression
    - Mal de Pott.
    - Organes voisins.
    - Abcès froids.
    - Psoas, etc., etc.
- **Lésions des muscles et des tendons**
  - Paralysie éphémère.
  - — pseudohypertrophique.
  - Atrophie musculaire progressive.
  - Compression et inflammation
    - Appendicite.
    - Abcès froids.
  - Contracture.
  - Indurations calcaires.
- **Brides cicatricielles**
  - De la peau.
  - Des tissus sous-jacents.
- **Douleurs de croissance.**
- **Malformations : Pieds bots.**

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Tuberculose pulmonaire

I. — ENFANT SIMPLEMENT MENACÉ.

1° Soustraire, dès que possible, cet enfant à tout foyer de contagion, l'arracher à la vie confinée des villes, à l'internat, au surmenage scolaire, et dès sa naissance le faire vivre dans les meilleures conditions d'hygiène, le plus possible au grand air, au soleil et au bord de la mer pendant la bonne saison.

2° Diriger son régime pour fortifier sa constitution ; dès la naissance, il aura une bonne et vigoureuse nourrice ou, en tout cas, du lait stérilisé, et il ne sera pas sevré avant la sortie des canines ; vers six mois, ajouter à son régime les purées féculentes, la phosphatine, les soupes à la biscotte, au pain, cuites longtemps et passées. De neuf mois à un an, on ajoutera une moitié, puis un jaune d'œuf à la petite soupe, puis du jus de viande, et, vers quinze mois, de la pulpe de viande crue ou à peine cuite. Plus tard, des œufs, du beurre, de la viande, du poisson, du bon pain, des purées de haricots, lentilles, si nourrissants et riches en phosphates, etc.

3° Eviter à un tel enfant les troubles digestifs qui pourraient mettre en question sa nutrition. L'anémie, le lymphatisme, les dermatoses ulcéreuses et les maladies accidentelles, surtout celles qui s'accompagnent de toux, seront l'objet d'une sollicitude particulière, et la convalescence de toute affection un peu longue ou sérieuse se fera à la campagne ou au bord de la mer.

4° Toute manifestation suspecte de tuberculose locale sera combattue par le traitement spécial que comporte chacune d'elles, et par un traitement général ayant en vue de fortifier la santé et d'atteindre le mal dès sa naissance. C'est alors qu'est indiquée une saison aux eaux chlorurées sodiques ou aux eaux arsénicales : Salies-de-Béarn ou Salins, d'une part, La Bourboule, d'autre part, sans préjudice du séjour au bord de la mer.

5° Préserver l'enfant des refroidissements, non en le calfeutrant à la maison, mais en l'endurcissant contre les variations de température au moyen de frictions au gant de flanelle tous les matins avec le liniment suivant :

℞	Alcoolat de lavande.	āā 100 grammes.
	Alcoolat de romarin.	
	Baume de Fioravanti.	

Et en l'entraînant à l'hydrothérapie froide par une transition ménagée, ainsi qu'aux exercices et aux jeux qui développent la poitrine et les muscles.

6° Si l'enfant s'enrhume aisément, il devra aller passer l'hiver dans le Midi. S'il est susceptible d'être fortifié sans danger par la cure d'air, on l'enverra faire un séjour prolongé à Davoz, Saint-Moritz, ou ailleurs.

II. — TUBERCULOSE CHRONIQUE GÉNÉRALISÉE ENFANT SANS FIÈVRE NI DIARRHÉE, AVEC UN BON TUBE DIGESTIF.

1° Envoyer l'enfant du premier âge, comme l'enfant déjà grand et l'adolescent, à la campagne ou au bord de la mer si c'est l'été, ou dans un sanatorium si c'est l'hiver, sous la surveillance d'un médecin.

2° Alimentation comme pour I.

Suralimentation avec du lait, des œufs, des viandes, du poisson, du beurre, du chocolat, etc., en variant pour ne pas lasser l'estomac.

3° Donner le matin, en hiver, une à deux cuillerées à dessert ou à soupe d'huile de foie de morue créosotée, qui sera remplacée, en été, par la même quantité de glycérine créosotée.

4° A midi, pendant quinze jours, donner une cuillerée à café, à dessert ou à soupe de sirop de chlorhydro-phosphate de chaux ou d'hypophosphites composés, dans une tasse de lait, ou dans un peu d'eau.

5° Faire, tous les deux jours, une injection sous-cutanée d'un quart ou d'une demi-ampoule (suivant l'âge) de solution de cacodylate de soude à 0 gr. 05.

6° Le soir, pas de médicaments aux petits enfants, et aux grands une cuillerée à soupe ou deux de poudre de viande dans du lait ou dans un potage.

7° La nuit, mettre en permanence dans la chambre au-dessus d'une veilleuse un plat à œufs contenant du goudron de Norwège et une cuillerée à café ou à dessert de créosote de goudron de bois.

8° Badigeonnages iodés sur la poitrine, alternativement en avant et en arrière, tous les jours ou tous les deux jours. Pointes de feu pour les enfants grands, une ou deux fois par semaine.

9° Soins d'hygiène comme pour I.

10° De trois à dix ans, saison au Mont-Dore.

De dix à quinze ans, à la Bourboule et cesser toute médication pendant un ou deux mois après la cure thermale.

Dr E. PÉRIER.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Asthme.

I. — *Crise d'asthme simple.*

1° Donner de l'air en ouvrant les fenêtres, sans produire de courants d'air, et appliquer des cataplasmes sinapisés ou des sinapismes sur les membres ; fumigations de datura, de papier nitré, ou verser quelques gouttes de piridine, d'éther, d'iodure d'éthyle (pour des adolescents), dans le voisinage du petit asthmatique, sur un mouchoir ou dans une soucoupe. Ebullition permanente d'eau et de feuilles d'eucalyptus.

2° Donner la potion par cuillerée à dessert de quart d'heure en quart d'heure :

℞ Teinture de belladone.	V à X gouttes.
Teinture de grindelia.	X à XX —
Teinture de lobelia inflata.	XX à XXX —
Sirop d'éther.	10 à 20 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	20 —
Eau de tilleul.	90 —

3° S'il *n'y a pas d'amélioration*, donner une dose d'antipyrine proportionnée à l'âge (10 centigrammes par an d'âge), d'un coup.

II. — *Crise d'asthme, bronchite aiguë ou congestion pulmonaire.*

1° Couvrir la poitrine de cataplasmes sinapisés ou de ventouses sèches. 2° Fumigations et inhalation, comme pour I.

3° Potion par cuillerée à café ou à dessert, de quart d'heure en quart d'heure :

℞ Teinture alc. de belladone.	V à X gouttes.
Sirop d'ipéca.	ãã 10 grammes.
Sirop d'éther.	
Sirop de codéine	
Sirop de fleurs d'oranger.	30 —
Eau de tilleul.	60 —

III. — *Asthme spasmodique simple en dehors des crises.*

1° Donner avant les deux repas principaux une cuillerée à café ou à dessert de :

℞ Iodure de potassium.	5 à 10 grammes.
Sirop de tolu d'écorce d'orange amère.	ãã 100 —

pendant quinze jours.

2° Pendant les quinze jours suivants, avant les deux repas principaux, une cuillerée à café de :

℞ Arséniate de soude.	5 centigr.
Eau distillée.	200 grammes.

3° Deux jours par semaine, suspendre le traitement et donner le matin, dans un peu d'eau sucrée, une cuillerée à café de :

℞ Soufre sublimé.	ãã 15 grammes.
Crème de tartre.	
Magnésie.	
Essence d'anis.	1 gramme.

4° Alimentation simple d'où seront exclus les mets épicés ou de haut goût, le poisson, etc.

5° Frictions le matin sur tout le corps au gant de crin.

6° Exercice au grand air le plus possible.

7° L'été, une saison au Mont-Dore ou aux Pyrénées.

IV. — *Asthme avec bronchite chronique et emphysème.*

1° Traitement comme 1 et 2° de III. En outre :

2° Le matin, pendant quinze jours, un quart de verre d'eau de Labassère dans du lait chaud.

3° Pendant les quinze jours suivants, une cuillerée à dessert, matin et soir, du sirop suivant, dans du lait chaud :

℞ Iodure de calcium.	5 à 10 grammes.
Sirop de tolu et de capillaire. . . .	ãã 100 —
Sirop de codéine.	30 à 50 —

4° Tous les deux jours, badigeonner la poitrine, alternativement en avant et en arrière, avec de la teinture d'iode.

5° Bains d'air comprimé.

6° En été, cure d'air dans une altitude moyenne, ou saison à Allevard, Cauterets, Eaux-Bonnes, Enghien, Saint-Honoré, le Mont-Dore, La Bourboule.

V. — *Asthme chez les paludiques.*

1° Traitement général comme pour III, en insistant sur l'arséniate de soude, vingt jours par mois pour dix jours de la préparation iodurée.

2° Pendant la période des accès, donner deux fois par jour :

℞ Chlorhydro-sulfate de quinine. . . 10 à 25 centigr.

En cachet, lavement ou suppositoire, ou la potion :

℞ Chlorhydro-sulfate de quinine. . . .	20 à 40 centigr.
Sirop de groseille.	30 grammes.
Eau distillée.	60 —

Cuillerée à dessert d'heure en heure, et les petits moyens indiqués pour I.

E. PÉRIER.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

CORYZA DES NOUVEAU-NÉS.

I. — Coryza aigu simple.

1. Faire garder l'enfant à la chambre; lui verser dans la bouche, à la cuiller, du lait tiré du sein ou du lait d'ânesse, s'il ne peut teter.

2. Débarrasser les narines à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile enroulée autour d'une pince ou d'une tige de bois; si la gêne respiratoire empêche la succion, faire une ou plusieurs irrigations d'eau boriquée chaude à l'aide d'un *vide-bouteilles* dont le tube s'adapte à une sonde en caoutchouc qui est introduite dans une narine, la tête du bébé étant maintenue inclinée en avant au-dessus d'une cuvette.

3. Après le nettoyage des narines, y introduire un peu de la pommade :

R. Vaseline : 15 gr.
Menthol : 10 centigr.

II. — Coryza syphilitique.

1. Nettoyer les fosses nasales comme pour I.

2. Après une irrigation d'eau boriquée chaude, faire une nouvelle irrigation d'eau chaude coupée par tiers de liqueur de Van Swieten, puis introduire un peu de la pommade :

R. Calomel : 1 gr.
Vaseline : 15 gr.

3. Traitement antisyphilitique. Donner 10 à 20 et 30 gouttes de liqueur de Van Swieten, en 8 à 10 fois dans un peu de lait au début des tétées; frictions à l'onguent napolitain ; bains au sublimé, etc. ; plus tard iodure.

E. PÉRIER.

La médication lécithinée

Les heureux effets de la lécithine dans tous les cas de dénutrition sont aujourd'hui bien établis par les expériences de DESGREZ et ALI ZAKY, de GILLERT, de HUCHARD, de LANCEREAUX, de CLAUDE, etc. Mais pour obtenir de la médication lécithinée tout ce qu'on est en droit d'en attendre, il est indispensable de s'adresser à une préparation d'une pureté absolue, d'un dosage rigoureux et d'une stabilité parfaite. La *Cervo-Lécithine Bouty* granulée, qui renferme par cuiller-mesure cinq centigr. de lécithine d'œuf et cinq centigr. de lécithine de cervelle de mouton chimiquement pures, possède une activité thérapeutique remarquable, et à la dose de deux à trois cuillers par jour pour les enfants, de trois à cinq pour les adultes, elle augmente rapidement le nombre des hématies, accroît l'appétit, ramène les forces et fait engraisser les malades. La Cervo-Lécithine Bouty est le véritable spécifique de toutes les maladies dans lesquelles il faut combattre la dénutrition.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 8 *octobre* 1901.

Tétanie avec arthropathie. — M. GUINON.— Une enfant atteinte de coqueluche, compliquée de polynévrite, puis de scarlatine et de diphtérie, était en voie de guérison, lorsque la température remonta et la rate s'hypertrophia, en même temps que des pyodermites et des ulcérations multiples apparaissaient sur les téguments. Au bout de quinze jours, les extrémités se contractèrent.

Cette tétanie dura deux semaines, mais il survint une arthrite de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

Méningite à bacille d'Eberth. — M. GUINON.—Une enfant eut un état typhoïde. La température monta jusqu'à 41°5. Pas de Kernig. Cependant des phénomènes convulsifs ayant attiré l'attention vers les méninges, une ponction lombaire fut pratiquée. Le liquide céphalo-rachidien contenait du bacille d'Eberth. Séro-réaction positive.

Les réactions de Salkowski et de Haycraft chez les nourrissons normaux et au cours des gastro-entérites. — MM. E. LESNÉ et PROSPER MERKLEN, étudiant dans des travaux antérieurs l'urine des nourrissons atteints de gastro-entérite, ont constaté, dans la grande majorité des cas, l'absence de pigments biliaires normaux par le spectroscope et la réaction de Gmelin.

L'emploi des réactions de Salkowski et de Haycraft, qui constituent des méthodes plus sensibles, leur ont permis d'affirmer l'existence de l'élimination biliaire. Les urines de six nourissons, qui ne donnaient pas la réaction de Gmelin, ont été étudiées avec ces techniques; sur quatre gastro-entérites aiguës, ils ont trouvé trois fois la réaction de SALKOWSKI, deux fois celle de HAYCRAFT; sur deux gastro-entérites chroniques, ils ne relèvent aucun cas de réaction de Salkowski et une seule fois celle de Haycraft.

Traitement médical des végétations adénoïdes. — M. LAPEYRE (Fontainebleau), en employant la médication iodée à l'intérieur, a toujours pu faire disparaître les végétations adénoïdes et éviter l'ablation chirurgicale. Il la donne à doses croissantes, en commençant par VI gouttes trois fois par jour pour les enfants de cinq à neuf ans, et en augmentant rapidement jusqu'à LX gouttes. Cette dose élevée de CLXXX gouttes par jour est en général parfaitement supportée. Jamais d'accidents sérieux. L'iode se retrouve dans l'urine par les réactifs appropriés.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Asthme des foins.

1° Pendant les accès, introduire dans les narines un tampon d'ouate hydrophile, imbibée du mélange :

℞	Chlorhydrate de cocaïne.	50 centigr.
	Eau distillée de laurier-cerise.	10 grammes

2° Donner la potion :

℞	Antipyrine.	50 centigr. à 1 gramme.
	Sirop de fleur d'oranger.	30 grammes.
	Eau distillée.	90 —

Une cuillerée à dessert de demi-heure en demi-heure.

3° Envoyer l'enfant au bord de la mer ou dans les montagnes. Mont-Dore ou la Bourboule.

4° Soigner la cause (goutte, névrophatie, rhinite hypertrophique).

Blépharite.

1° Appliquer des compresses d'ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée chaude jusqu'à la chute des croûtes qui recouvrent les bords palpébraux.

2° Onctions sur les bords palpébraux avec la pommade suivante, matin et soir :

℞	Précipité jaune.	20 centigr.
	Vaseline.	10 grammes.

3° Traitement général de la scrofule et de l'anémie.

4° Uriage, la Bourboule, Challes.

Dr E. Périer.

PREMIER CONGRÈS ÉGYPTIEN DE MÉDECINE

DU MERCREDI 10 AU DIMANCHE 14 DÉCEMBRE 1902

Sous le haut patronage de S. A. le Khédive

Présidents d'honneur du Congrès :
Dr ABBATE PACHA. — Dr PINCHING. — Dr RUFFER.

Président du Congrès :
Dr IBRAHIM PACHA HASSAN.

Secrétaire général du Congrès :
Dr VORONOFF.

Sections :	*Présidents :*
Sciences Médicales	Dr COMANOS PACHA.
Sciences Chirurgicales	Dr H. MILTON.
Ophtalmologie	Dr MOHAMED BEY ELOUI.

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

Rapports et Communications inscrites à ce jour.

Abcès du foie.	Dr Cartoulis.	
	Dr Voronoff.	Dr Colloridi.
		Dr Comanos Pacha.
		Dr Legrand.
Alcoolisme et ses progrès en Egypte.	Dr de Becker.	
Ankylostome duodénal.	Dr Loos.	
	Dr Ruffer.	Dr Sandwith.
Bilharzia-hoematobia.	Dr Goebel.	
	Dr H. Milton.	Dr Colloridi.
		Dr Trekaki.
Cardiopathie en Egypte.	Dr de Semo.	
Causes de cécité en Egypte.	Dr A. Osborne.	
Dysenterie.	Dr Cartoulis.	
	Dr Hess Bey.	Dr Crendiropoulo.
		Dr Engel Bey.
Epidémies en Egypte :		
Prophylaxie et moyens de les combattre.	Dr Bitter.	
L'eunuchisme (Notes physiologiques).	Dr Abbate Pacha.	
Fièvres paludéennes.	Dr Dreyer.	
	Dr Fornario.	
Filariasis en Egypte.	Dr Madden.	
Folie par haschisch.	Dr Warnock.	
Granulations conjonctivales en Egypte.	Dr Laka.	
	Dr Sameh Bey.	
Granulations conjonctivales chez les élèves des écoles.	Dr Eloui Bey.	
Hernies en Egypte.	Dr Latis.	
L'hydrocèle en Egypte et sa cure.	Dr Colloridi.	
La médecine en Egypte et chez les Arabes.	Dr Eïd.	
La médecine en Ethiopie.	Dr N. Parissis.	
Myxœdème en Egypte.	Dr Brossard.	
Ophtalmie dite égyptienne.	Dr Démétriadès.	
	Dr Voilas.	Dr Sameh Bey.
Ophtalmie purulente.	Dr Lakah.	
Peste.	Dr Gotschlich.	
Tuberculose en Egypte.	Dr Ibrahim Pacha Hassan.	Dr Eïd.
		Dr Sandwith.

Communications diverses par les :

Dr Ghanem Bey. — Dr Von Hebentantz. — Dr Meyer. — Dr Musso. — Dr Nasra Bey. — Dr Symmers. — Dr Smith, etc., etc.

Remarque. — De nouvelles sections seront créées ultérieurement; il pourra en résulter quelques modifications dans l'organisation actuelle du bureau.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Gale.

I. — *Première enfance.*

1° Commencer par soigner les éruptions produites par le grattage (eczéma enflammé, dermite pustuleuse, furoncle, ecthyma, lymphangite, abcès), s'il y en a : cataplasmes de fécule, à l'eau boriquée ; bains d'amidon boriqués.

2° Donner tous les soirs un bain savonneux dans lequel l'enfant sera frotté avec douceur.

3° Faire ensuite une onction avec la pommade :

℞ Huile de camomille camphrée	100	grammes.
Baume styrax liquide.	20	—

4° Le matin, donner un bain d'amidon très court et poudrer avec de l'amidon.

II. — *Seconde enfance.*

1° Savonnage minutieux de tout le corps, dans un bain simple.

2° Frictions énergiques avec la pommade :

℞ Carbonate de potasse.	10	grammes.
Soufre	20	—
Glycérine	200	—
Essence de menthe	4	—

Chez les enfants grands et les adolescents on pourra employer la pommade d'Helmerich.

3° Le lendemain matin, bain d'amidon, puis glycérolé d'amidon et poudre d'amidon sur la peau.

4° Vêtements et linge de corps nouveaux.

5° Les jours suivants, bains d'amidon, onctions de glycérolé d'amidon et poudre d'amidon.

6° Désinfection à l'étuve de tous les vêtements, couvertures et de la literie.

Comment combattre la déminéralisation de l'organisme.

L'expérimentation clinique a prouvé à tous les auteurs qui se sont occupés de la question (Gilbert, Tournier, Claude, Lancereaux, etc.) que l'abaissement du taux des phosphates suit immédiatement l'ingestion de la lécithine, et cela d'une façon constante. Ce fait démontre l'heureuse efficacité de la lécithine dans une maladie comme la tuberculose où les déperditions excessives en phosphates jouent un rôle important et diminuent les résistances de l'organisme. Ceci explique pourquoi la lécithine Bouty granulée qui est une lécithine double (puisqu'elle renferme par cuiller-mesure 0,05 de lécithine d'œuf et 0. 05 de lécithine de cervelle), produit sur les organismes tuberculeux une modification rapide dans les échanges nutritifs, d'où résultent une augmentation remarquable de l'appétit, une élévation croissante du poids et une amélioration de l'état général frappante. La lécithine Bouty granulée est le seul reconstituant véritablement efficace à prescrire aux tuberculeux.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION POUR 1902

A adresser aux bureaux des ANNALES de MÉDECINE et CHIRURGIE INFANTILES, 71, avenue d'Antin, à Paris

Le soussigné, déclare souscrire pour un abonnement d'un an, à courir du 1er Janvier 1902, *aux* ANNALES DE MÉDECINE ET CHIRURGIE INFANTILES.

Ci-joint **dix** *francs* (1).

Souscripteur ______

A ______, *le* ______ 1901.

SIGNATURE :

(1) Pour l'étranger 12 francs

Le soussigné, désire recevoir franco de port l'ouvrage : DIAGNOSTIC ET SÉMÉIOLOGIE DES MALADIES DE L'ENFANCE *offert* **en prime aux abonnés.**

Ci-joint **six** *francs.*

Nom et adresse du Souscripteur ______

A ______ ; *le* ______ 1901.

SIGNATURE

Abonnement et Prime { Paris et Départements.... **16 fr.** / Étranger.................. **18 fr.** } ***Franco à domicile***

Que l'on peut nous envoyer en mandat ou même en timbres-poste

NUMERO SPECIMEN FRANCO SUR DEMANDE

NOTA. — Grâce à la libéralité d'un de nos collaborateurs, nous pouvons disposer de quelques abonnements à moitié prix, pour des confrères qui ne pourraient pas payer le prix fort, pour de jeunes débutants et pour les ***étudiants.***

L'Abonnement est servi gratuitement *dès maintenant* aux nouveaux abonnés de 1902.

CONSULTATIONS SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Noma.

(Stomatite gangreneuse.)

1° Détruire avec le thermocautère ou le galvano-cautère le foyer de sphacèle.

2° Toucher les parties malades, toutes les trois heures, avec de la teinture d'iode.

3° Dans l'intervalle, toutes les deux ou trois heures, badigeonner avec :

℞	Naphtol	5 grammes.
	Sulforicinate de soude	45 —

4° Irrigations, toutes les deux ou trois heures, ou rinçages, avec :

℞	Acide phénique	ãã 1 gramme.
	Acide salicylique	
	Eau bouillie	1.000 grammes.

5° Potion, par cuillerée à soupe, de deux en deux heures :

℞	Extrait mou de quinquina	2 grammes.
	Teinture de cannelle	X gouttes.
	Sirop de limons	30 grammes.
	Julep gommeux	60 —
	Vin de Malaga	30 —

6° Toutes les deux heures, lait ou bouillon, crème, lait de poule, pulpe et gelée de viande, etc. ; lavements de peptone ; vin de Malaga, de Bordeaux, de Champagne coupé d'eau ; café, chocolat.

7° Aération fréquente de la pièce.

8° Convalescence à la campagne.

Dr E. Périer.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION POUR 1902

A adresser aux bureaux des ANNALES de MÉDECINE et CHIRURGIE INFANTILES. 71, avenue d'Antin, à Paris

Le soussigné, déclare souscrire pour un abonnement d'un an, à courir du 1er Janvier 1902, *aux* ANNALES DE MÉDECINE ET CHIRURGIE INFANTILES.

Ci-joint **dix** *francs* (1).

Souscripteur ....

A ...., le .... 1901.

SIGNATURE :

Le soussigne désire recevoir franco de port l'ouvrage : DIAGNOSTIC ET SÉMÉIOLOGIE DES MALADIES DE L'ENFANCE *offert* **en prime aux abonnés.**

Çi-joint **six** *francs.*

Nom et adresse du Souscripteur ....

A ...., le .... 1901.

SIGNATURE

(1) Pour l'étranger 12 francs

Abonnement et Prime { Paris et Départements.... **16 fr.** / Étranger................ **18 fr.** } ***Franco à domicile***

Que l'on peut nous envoyer en mandat ou même en timbres-poste

NUMÉRO SPÉCIMEN FRANCO SUR DEMANDE

NOTA. — Grâce à la libéralité d'un de nos collaborateurs, nous pouvons disposer de quelques abonnements à moitié prix, pour des contrères qui ne pourraient pas payer le prix fort, pour de jeunes débutants et pour les **étudiants.**

L'Abonnement est servi gratuitement *dès maintenant* aux nouveaux abonnés de 1902.

NB 882


3 2044 081 512 584